

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Humanidades



**Tesis monográfica para optar al título de
Licenciatura en Psicología**

Psicología Clínica

Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer

AUTOR(ES)

Arcia-Morales, Helmuth.

González-Arteaga, Aura María.

Villavicencio-Leiva, Aura Isabel.

Managua, Nicaragua

2025

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Humanidades



Tesis monográfica para optar al título de Licenciatura en Psicología

Psicología Clínica

Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua.

AUTOR(ES)

Arcia-Morales, Helmuth.

 <https://orcid.org/0009-0003-5360-9434>

González-Arteaga, Aura María.

 <https://orcid.org/0009-0009-1387-0631>

Villavicencio-Leiva, Aura Isabel.

 <https://orcid.org/0009-0004-9445-6638>

TUTOR CIENTÍFICO

MSc. Navarrete-López, Eduardo Francisco

Profesor investigador

 <https://orcid.org/0009-0008-8658-4460>

Managua, Nicaragua

2025

CARTA AVAL TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

Por medio de la presente, y en mi calidad de Tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación realizado por: Aura María González Arteaga, Aura Isabel Villavicencio Leiva y Helmuth Arcia Morales, bajo el título *"Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua"*, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a los egresados, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la instancia correspondiente.

Atentamente,



Msc. Eduardo Navarrete López
Ψ PSICÓLOGO CLÍNICO-FORENSE
Cód. MINSA 28914

Eduardo Francisco Navarrete López

Profesor investigador

enavarrete2@unica.edu.ni

Dedicatoria

A los y las pacientes que han vivido el proceso del cáncer, y que, día a día, sostienen con valentía aquello que nadie más ve.

A ustedes, que han enfrentado el miedo, la incertidumbre, el dolor físico y emocional, pero aun así encuentran fuerza para seguir, para amar y para esperar. Esta tesis está dedicada a sus voces: a las que se escucharon, a las que aún no han podido hablar y a las que ya no están, pero cuyo legado permanece.

Porque cada historia merece ser contada, porque cada experiencia es un acto de resistencia, y porque ninguna persona debería transitar su enfermedad en silencio o soledad.

Agradecimiento

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestro querido tutor MSc. Eduardo Navarrete, cuya orientación, acompañamiento y retroalimentación fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de esta investigación.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional y por ser parte esencial de este recorrido académico y personal.

A nuestro equipo de trabajo, por la constancia y compromiso demostrados a lo largo de este proceso; a pesar de las exigencias, el cansancio y los retos enfrentados durante el último año, manteniendo la cohesión para alcanzar con éxito los objetivos planteados.

A los doctores y pacientes que nos brindaron su confianza, permitiendo acceder a sus experiencias, de manera especial, agradecemos a Bertha, Elizabeth y Jasmina, quienes compartieron generosamente fragmentos de sus historias en el marco de nuestra práctica profesional, posibilitando la construcción de esta investigación.

Aura Isabel Villavicencio

Aura María González Arteaga

Helmuth Arcia Morales

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito comprender la experiencia psicológica de pacientes diagnosticadas con cáncer, analizando cómo reconstruyeron su identidad, afrontaron el proceso emocional y resignificaron su calidad de vida después del diagnóstico. Mediante un enfoque cualitativo basado en relatos de vida, se exploraron las trayectorias subjetivas de tres participantes, integrando sus narrativas con marcos conceptuales de la psicooncología, la teoría del afrontamiento y perspectivas existenciales orientadas a la búsqueda de sentido de la vida. Los hallazgos indicaron que el diagnóstico funcionó como un evento altamente disruptivo que alteró los roles sociales, la percepción del cuerpo y la continuidad narrativa del proyecto vital previo. Las participantes experimentaron reacciones de ansiedad, miedo, tristeza, bloqueo cognitivo y confusión, acompañadas de estrategias de afrontamiento tanto centradas en el problema como en la emoción. Asimismo, emergieron recursos protectores como el apoyo familiar, la contención espiritual, la resiliencia y la reconstrucción de metas personales, los cuales facilitaron el proceso de adaptación psicológica. Los relatos evidenciaron que la experiencia del cáncer impulsó transformaciones profundas en la identidad y en la manera de interpretar el sufrimiento, permitiendo a las participantes integrar la enfermedad en una narrativa de sentido y crecimiento personal. La investigación concluyó que comprender estas dinámicas resulta esencial para fortalecer la intervención psicológica en contextos oncológicos, promover un acompañamiento sensible a las necesidades emocionales de los y las pacientes y contribuir al desarrollo de prácticas clínicas más humanizadas e integrales.

Palabras clave: Cáncer, psicooncología, afrontamiento, resiliencia, narrativa de vida, calidad de vida.

Abstract

This research aimed to understand the psychological experience of patients diagnosed with cancer, analyzing how they reconstructed their identity, coped with the emotional process, and redefined their quality of life following the diagnosis. Through a qualitative life-story approach, the subjective trajectories of three participants were explored and integrated with conceptual frameworks from psycho-oncology, coping theory, and existential perspectives focused on meaning-making. Findings showed that the diagnosis operated as a highly disruptive event, altering social roles, body perception, and the continuity of previous life projects. Participants experienced reactions of anxiety, fear, sadness, cognitive overload, and emotional blockage, accompanied by coping strategies oriented both to problem-solving and emotional regulation. Protective resources such as family support, spiritual containment, resilience, and the reconfiguration of personal goals emerged as significant factors facilitating psychological adjustment. The narratives also revealed that the cancer experience prompted profound transformations in identity and in the interpretation of suffering, allowing participants to integrate the illness into a renewed narrative of meaning and personal growth. The study concluded that understanding these processes is essential for strengthening psychological intervention in oncology settings, promoting care that is sensitive to patients' emotional needs, and contributing to more humanized and comprehensive clinical practices.

Keywords: Cancer, psycho-oncology, coping, resilience, life narrative, quality of life.

Índice de contenido

I.	Introducción.....	11
II.	Antecedentes.....	13
2.1	Internacionales	13
2.2	Nacionales	14
III.	Contexto del problema	16
IV.	Pregunta de investigación.....	19
V.	Objetivos	20
5.1.	Objetivo general	20
5.2.	Objetivos específicos	20
VI.	Justificación.....	21
6.1.	Vinculación con el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza de Nicaragua	23
6.2.	Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):	23
VII.	Limitaciones	24
VIII.	Marco teórico.....	26
8.1	Marco referencial	27
8.1.1	Fundamentación teórica general del estudio	27
	Psicología clínica y salud mental en enfermedades crónicas	28
	El papel de la psicología en contextos oncológicos.	29
	Concepto de salud mental en pacientes con enfermedades físicas graves.....	31
	Vulnerabilidad emocional y procesos de adaptación.	32
8.1.2	Dinámica de vida previa al diagnóstico: construcción de identidad y rutina cotidiana	33
	Identidad narrativa y roles sociales	33
	Percepción del cuerpo, salud y autocuidado antes de la enfermedad.....	34
	Rutina, vínculos afectivos y expectativas de futuro.....	34

Duelo anticipado por la vida anterior al diagnóstico	36
8.1.3 Reacciones psicológicas ante el diagnóstico: cognición, emoción y conducta	36
El diagnóstico como evento disruptivo y traumático	36
Reacciones cognitivas	37
Reacciones emocionales.....	37
Reacciones conductuales.....	38
Teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman	38
Evaluación cognitiva del estrés.....	38
Tipos de afrontamiento	39
Coexistencia y eficacia del afrontamiento	39
8.1.4 Impacto en la calidad de vida: resignificación del presente y futuro	40
Alteración de la funcionalidad y autonomía	40
Reconfiguración de metas personales y sentido de vida.....	41
Dimensiones afectadas: física, psicológica, social y espiritual	42
Logoterapia y la búsqueda del sentido en el cáncer.....	42
Apoyo social, emocional y espiritual como factores protectores.....	44
8.1.5 Aportes de la Tanatología al análisis del impacto psicológico del cáncer.....	44
La tanatología como disciplina	44
Definición y objeto de estudio.....	44
Aplicación en contextos de enfermedad grave y duelo.....	45
8.1.6 Duelo anticipado y miedo a la muerte	47
Pérdida de la salud, proyectos y autonomía.....	47
Emociones frente a la finitud: miedo, negación, aceptación.....	47
Acompañamiento tanatológico desde el diagnóstico.....	48
8.1.7 Resignificación y sentido del proceso de enfermedad.....	49
Reconstrucción de sentido y espiritualidad	49

Rol del acompañamiento profesional y familiar	50
Concepto de “buena muerte” y “buena vida” en el tiempo restante	51
Intervenciones psicológicas centradas en el sentido.....	51
Importancia de la narrativa como método para comprender experiencias subjetivas.	52
8.2 Marco conceptual.....	54
8.2.1 Impacto Psicológico.....	54
8.2.2 Diagnóstico oncológico.....	55
8.2.3 Relato de vida	55
8.2.4 Afrontamiento	56
8.2.5 Resignificación	57
8.2.6 Ruptura biográfica	57
8.2.7 Calidad de vida	58
8.2.8 Vínculos afectivos.....	59
8.2.9 Narrativa y subjetividad	59
IX. Marco metodológico	61
9.1 Enfoque cualitativo.....	61
9.1.1 Tipo de estudio según aplicabilidad	62
9.1.2 Tipo de estudio según profundidad	63
9.1.3 Tipo de estudio según Tiempo	64
9.1.4 Tipo de estudio según Diseño	65
9.2 Enfoque cualitativo y relatos de vida	65
9.2.1 Importancia de la narrativa como método para comprender experiencias subjetivas	67
9.2.2 Valor terapéutico y analítico del relato biográfico.....	68
9.3 Definición operativa de categorías de análisis	69
9.3.1 Categoría: Estilo de vida previo al diagnóstico.....	70

9.3.2	Categoría: Reacciones frente al diagnóstico	70
9.3.3	Categoría: Calidad de vida tras el diagnóstico	71
9.4	Población y muestra teórica	74
9.5	Métodos y técnicas de recolección de información	74
9.6	Validez y confiabilidad y triangulación de los instrumentos	75
9.7	Procedimientos para el procesamiento y análisis de información	76
9.7.1	Codificación	76
9.7.2	Triangulación de la información	77
9.8	Consideraciones éticas	78
9.8.1	Consentimiento informado	78
9.8.2	Criterios de inclusión de las pacientes	79
X.	Resultados	81
	Capítulo I. Relatos de vida: Cuando la vida se interrumpe.....	81
	Jasmina Paredes.....	82
	Bertha del Carmen	91
	Elizabeth Corrales	97
	Capítulo II. Análisis de los relatos	101
XI.	Discusión	110
XII.	Conclusiones	114
XIII.	Recomendaciones	116
XIV.	Referencias.....	118
XV.	Anexos	129
XVI.	Apéndices.....	137
	Apéndice A. Formato Consentimiento Informado	137
	Apéndice B. Formato de Entrevista	138
	Apéndice C. Carta de presentación de protocolo	143

Apéndice D. Consentimiento Informado Sor Bertha.....	144
Apéndice E. Consentimiento Jasmina Paredes.....	145
Apéndice F. Consentimiento Elizabeth.....	146
Apéndice G. Transcripción Entrevista Sor Bertha	147
Apéndice H. Transcripción Entrevista Jazmine Paredes.....	162
Apéndice I. Transcripción Entrevista Elizabeth	178
Apéndice J. Codificación de Relatos	196
Apéndice K. Triangulación de los resultados.....	211

Índice de tablas

TABLA 1. MATRIZ DE DESCRIPTORES	72
TABLA 2. CODIFICACIÓN RELATOS DE VIDA	196
TABLA 3. TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS	211

Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. CARTA DE SOLICITUD PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PRESENTADA A METODÓLOGO	129
ILUSTRACIÓN 2. FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PRESENTADO A METODÓLOGO	130
ILUSTRACIÓN 3. FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO APROBADO PRESENTADO A METODÓLOGO	131
ILUSTRACIÓN 4. CARTA DE SOLICITUD PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PRESENTADO A PSICÓLOGA	132
ILUSTRACIÓN 5. FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PRESENTADO A PSICÓLOGA.....	133
ILUSTRACIÓN 6. FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO APROBADO PRESENTADO A PSICÓLOGA	134
ILUSTRACIÓN 7. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACIÓN	135

I. Introducción

El cáncer representa, a nivel global, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y su diagnóstico constituye un evento altamente estresante que transforma profundamente la vida del individuo. Más allá de las implicaciones físicas de la enfermedad, el proceso diagnóstico desencadena una serie de respuestas psicológicas que alteran la percepción del yo, el vínculo con las demás personas, el sentido del tiempo y la proyección del futuro. En este contexto, la psicología clínica desempeña un papel fundamental, no solo en la comprensión del sufrimiento subjetivo, sino también en el acompañamiento emocional y la construcción de significados ante la experiencia de enfermedad.

En las últimas décadas, la psicooncología ha emergido como un campo interdisciplinario que estudia el impacto psicológico del cáncer y busca integrar la atención emocional como parte esencial del tratamiento integral. Diversos estudios han evidenciado que los pacientes enfrentan, desde el momento del diagnóstico, una serie de emociones complejas como miedo, tristeza, angustia, negación y confusión, las cuales pueden repercutir negativamente en su calidad de vida, su adherencia al tratamiento y su capacidad de afrontamiento. Estas reacciones son aún más significativas cuando el diagnóstico ocurre en etapas tempranas de la adultez, una etapa vital asociada al desarrollo de proyectos, independencia personal y construcción de identidad.

En Nicaragua, aunque se han realizado esfuerzos para mejorar la cobertura y el tratamiento médico de pacientes oncológicos(as), la atención a los aspectos psicológicos sigue siendo limitada, especialmente durante el proceso diagnóstico. Es en este momento inicial cuando muchas personas experimentan una ruptura en su narrativa vital, sintiendo que su cotidianidad, sus vínculos afectivos y sus expectativas de futuro se ven alteradas. A pesar de su relevancia, estos procesos suelen quedar invisibilizados en los registros clínicos y subestimados en la práctica asistencial.

En este sentido, esta investigación documentó las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico, con énfasis en sus vivencias emocionales, cognitivas y sociales; para ello, se utilizó una metodología cualitativa, centrada en la recolección y análisis de relatos de vida, accediendo a las experiencias subjetivas desde la voz

de los propios protagonistas. Esta estrategia no solo ayudó a la comprensión académica del fenómeno, sino que también estableció un acto de validación y reconocimiento de la paciente como sujeto activo en la construcción de sentido frente a su enfermedad.

Esta investigación se delimitó temporalmente al año 2025, espacialmente a pacientes atendidas en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral de la ciudad de Managua, y conceptualmente al análisis del impacto psicológico derivado del proceso diagnóstico, desde una perspectiva narrativa.

El documento se organizó por capítulos, en el Capítulo I, se presenta la introducción, donde se contextualiza el problema, se justifica su importancia y se exponen los objetivos del estudio. El Capítulo II corresponde al marco teórico y conceptual, que incluye el marco referencial, la fundamentación teórica sobre salud mental, cáncer, afrontamiento, narrativa, logoterapia y relatos de vida.

El Capítulo III desarrolla el marco metodológico, en el cual se describió el enfoque cualitativo adoptado, el diseño de la investigación, las técnicas de recolección de datos, que consistieron en entrevistas semi estructuradas a tres pacientes; en el procedimiento de análisis, toda la información brindada por las pacientes se sometió a diferentes criterios según la matriz de descriptores.

Finalmente, se documentó el impacto del diagnóstico del cáncer, donde se concluye que es necesaria una comprensión profunda y humanizada de la enfermedad, con profesionales de la salud mental más sensibles a las necesidades emocionales de los pacientes, que lleve al mejoramiento de la atención integral en el ámbito oncológico en Nicaragua

II. Antecedentes

A continuación, se presentan los antecedentes utilizados para el soporte del ámbito de investigación, tanto a nivel nacional como internacional. Además, se incluyeron estudios previos y enfoques relevantes que abordan el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en adultos, proporcionando un marco de referencia clave para comprender los efectos emocionales y las estrategias de afrontamiento de los pacientes.

2.1 Internacionales

Mateo Xavier Vélez (2020), en su tesis, investigó la prevalencia de trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos atendidos en la Unidad de Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca, durante el periodo 2015-2018. Su estudio abordó la necesidad de comprender las repercusiones psicológicas del cáncer, ya que, si no se manejan adecuadamente, pueden derivar en estos trastornos. El objetivo principal fue determinar la presencia de dichas afecciones en los pacientes oncológicos y analizar su impacto en su bienestar emocional.

El estudio, de enfoque cuantitativo y diseño longitudinal retrospectivo, revisó 443 historias clínicas, encontrando que el 35% de los pacientes presentaban trastornos emocionales y el 65% trastornos de adaptación. Se evidenció una correlación entre la etapa del cáncer y el tipo de trastorno, con una mayor prevalencia de trastornos de adaptación en pacientes en etapa I, mientras que aquellos en etapa IV experimentaron principalmente trastornos emocionales. Estos hallazgos resaltan la importancia de la intervención psicológica en diferentes fases de la enfermedad.

Montse Alcañiz Rodríguez (2017), bajo la dirección de José Luis Ayuso Mateos y María Cabello Salmerón, investigó el “Impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos” en Madrid. El estudio buscó examinar la relación entre el impacto psicológico del cáncer, la personalidad, y las estrategias de afrontamiento de los pacientes.

Se realizó un estudio longitudinal con evaluaciones al inicio, a los 3 y 12 meses. Se usaron instrumentos como el BDI-II, STAI, SF-36, MCMI-II Y CSI. Los resultados principales mostraron

cambios en las variables psicológicas a lo largo del tiempo y asociaciones significativas entre personalidad, afrontamiento y el estado psicológico de los pacientes, además de identificar factores relacionados con la mortalidad.

Ana Isabel Fernández (2004) examina el impacto de los cambios físicos por cáncer en la imagen corporal y el bienestar. El estudio analiza cómo estos cambios influyen en las alteraciones psicológicas y explora estrategias de intervención. La adaptación del paciente a estos cambios afecta su estado emocional y calidad de vida. La investigación, exploratoria y transversal, resalta factores como el tipo de cambio, reacción del entorno y valoración personal. Se mencionan intervenciones de apoyo emocional y técnicas cognitivo-conductuales, aunque no se especifican instrumentos de evaluación.

Fernández (2004) también subraya que los cambios físicos pueden llevar a insatisfacción corporal e impacto emocional significativo. Variables como influencias sociales, experiencias previas y apoyo social son importantes. La metodología se basa en la revisión de literatura y un marco conceptual para entender los trastornos de la imagen corporal en pacientes oncológicos. Se destaca la necesidad de intervenciones psicológicas que refuercen el apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.

2.2 Nacionales

Ramírez Rodríguez (2023), en su monografía, estudió la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Escuela Dr. Manolo Morales Peralta. La investigación, de enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, se realizó con 33 pacientes, empleando instrumentos como el InCaViSa y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Los datos fueron analizados con el programa SPSS, permitiendo identificar factores clave en la experiencia de los pacientes.

Los resultados revelaron que la leucemia era el diagnóstico más frecuente, con mayor prevalencia en adultos medios en fase 3 de la enfermedad. Se evidenció un impacto en la calidad de vida, especialmente en el desempeño físico, la percepción corporal, la actitud hacia el tratamiento y las redes sociales. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la más utilizada fue la resolución de problemas.

Ricardo Martín Solís, bajo la tutoría de Patricia Calderón Sotelo, realizó una investigación en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” (2017-2018) titulada “Caracterización y estadio al diagnóstico de tumores sólidos en el departamento de hemato-oncología”. Este estudio fue descriptivo y también observacional de corte transversal. En él se analizaron 75 expedientes clínicos mediante recolección de datos.

Los resultados indicaron que las edades más afectadas eran entre los 10 y 14 años, con predominancia de tumores del sistema nervioso central. La búsqueda tardía de atención médica se asoció con un mayor número de personas fallecidas. El estudio concluye con la necesidad de mejorar el registro de pacientes para optimizar las estrategias de reducción de morbilidad (tasa de muertes por enfermedad en una población y en un tiempo determinados).

En la investigación realizada por la Dra. Meléndez Cáceres y que fue supervisada por la Dra. Altamirano, se indagó el panorama epidemiológico de la enfermedad del cáncer en pacientes del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez entre los años 2011 y 2015. Este estudio fue transversal y descriptivo, analizando datos de 7,555 altas hospitalarias que corresponden a pacientes que fueron diagnosticados con neoplasias en el hospital ya mencionado de Nicaragua.

El estudio se basó en análisis de registros ya existentes por parte del hospital, y los resultados revelaron que la leucemia fue el cáncer más común entre los pacientes que fueron atendidos, seguido por el cáncer colorrectal y el cáncer estomacal. Se observó una mayor incidencia en hombres y en el grupo de edad de 50 y 59 años. También se identificó que la Leucemia fue la principal causa de muerte de cáncer dentro del hospital durante el periodo que se analizó, aunque la mayor parte de los pacientes fueron dados de alta con vida.

III. Contexto del problema

En este apartado se abordó la problemática central de la investigación, la cual se basa en el aumento de casos de cáncer en Nicaragua, especialmente en adultos. El cáncer no solo afecta la salud física, sino que también genera importantes retos psicológicos, alterando el bienestar emocional de los pacientes. La relevancia de este tema radica en comprender cómo enfrentar estas dificultades permitirá mejorar su calidad de vida y apoyo emocional durante el tratamiento.

Nicaragua tiene entre sus principales causas de morbilidad y mortalidad las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que figura el cáncer. El aumento de los casos de cáncer en el país se ha producido paulatinamente de manera silenciosa, impulsado por factores como la transición epidemiológica, la raza, los cambios en los hábitos alimenticios, el bajo consumo de verduras y el aumento del consumo de tabaco y alcohol. Estas condiciones han llevado a que las tumoraciones malignas ocupen progresivamente el primer lugar en mortalidad, constituyéndose en un problema de salud pública (Meléndez, 2018).

En este contexto, el diagnóstico temprano del cáncer se presenta como una herramienta clave para mejorar los resultados de los pacientes y reducir la mortalidad. Según el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), en 2023 se realizaron más de 1,200,000 estudios para la detección temprana del cáncer cervicouterino, lo que representa un incremento significativo en comparación con los 181,491 estudios realizados en 2006. Además, se llevaron a cabo 87,149 mamografías para identificar oportunamente el cáncer de mama y 67,230 ultrasonidos de próstata para la detección de cáncer en hombres. Estas iniciativas reflejan un esfuerzo nacional por fortalecer las capacidades diagnósticas y garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia de los programas de detección temprana como una estrategia esencial para reducir la carga del cáncer. La OMS estima que hasta un 30% de los casos de cáncer pueden prevenirse mediante cambios en el estilo de vida y programas de detección temprana, lo que permite identificar la enfermedad en etapas iniciales y mejorar significativamente las tasas de supervivencia (OMS, 2023).

El impacto psicológico del cáncer en los pacientes es una problemática que trasciende fronteras. En Nicaragua, estudios como el de Hodgson (2008) han documentado las

repercusiones socioculturales y psicológicas del cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields. Los resultados revelan que las pacientes enfrentan importantes secuelas emocionales, como ansiedad, depresión y alteraciones en la vida social y familiar, debido a la falta de apoyo psicológico y la desinformación sobre la enfermedad. Estas afectaciones no solo limitan la capacidad de los pacientes para adaptarse al diagnóstico, sino que también generan un impacto significativo en sus familias y redes de apoyo.

A nivel internacional, investigaciones como las de Noval González (2022) destacan que las respuestas emocionales de los pacientes con cáncer varían según factores como el estadio de la enfermedad, las circunstancias personales y familiares, y los sistemas de apoyo disponibles. Estas respuestas incluyen miedo, tristeza, negación y estrés, que afectan la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento de los pacientes. Además, el estudio realizado por Yélamos y Fernández (2020) subraya que las necesidades emocionales de los pacientes oncológicos incluyen seguridad, pertenencia, afecto y comunicación, elementos esenciales para garantizar su bienestar psicológico.

En este contexto, la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral en Managua se presenta como un espacio clave para la atención de pacientes con cáncer. Sin embargo, las experiencias psicológicas de los pacientes durante el proceso diagnóstico siguen siendo un área poco explorada, a pesar de su relevancia para el diseño de intervenciones efectivas. Estas experiencias generan estrés, ansiedad y alteraciones emocionales que afectan su capacidad de adaptación a las nuevas rutinas impuestas por los tratamientos médicos y las limitaciones físicas.

El cáncer en adultos no solo representa una amenaza para la salud física, sino que también desencadena una serie de desafíos psicológicos significativos. Los pacientes enfrentan procesos de duelo por la pérdida de su salud, la alteración de sus planes de vida y la incertidumbre sobre el futuro. La adaptación a una nueva rutina, marcada por tratamientos médicos y limitaciones físicas, genera estrés y afecta su bienestar emocional. En este contexto, es crucial comprender los recursos de afrontamiento que utilizan los pacientes para gestionar estas dificultades y promover su salud mental.

Por lo tanto, en esta investigación se documentaron y analizaron las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer, durante el proceso diagnóstico en la Clínica

Oncológica Hospital Salud Integral, Managua. También se identificaron los recursos de afrontamiento utilizados por las pacientes, así como los factores que influyen en su bienestar emocional, a través de un enfoque cualitativo basado en relatos de vida.

IV. Pregunta de investigación

A continuación, se plantearon varias preguntas que orientaron la exploración cualitativa del impacto psicológico del cáncer a través de relatos de vida; estas tuvieron como objetivo profundizar en el tema y guiar la recolección y análisis de datos:

- ¿Cuáles son las dinámicas de vida más comunes de los pacientes con cáncer antes de recibir su diagnóstico, y cómo influyen en su capacidad de afrontamiento durante el proceso diagnóstico?
- ¿Qué tipos de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales se manifiestan en los pacientes al enfrentarse al diagnóstico de cáncer, y cuáles son sus principales características?
- ¿De qué manera el impacto psicológico de estas reacciones afecta la calidad de vida actual de los pacientes con cáncer, considerando factores como bienestar físico, emocional y social?

El diseño de estas preguntas de investigación permitió analizar el diagnóstico de cáncer desde las experiencias de vida de las pacientes, identificando patrones en sus respuestas cognitivas y emocionales, así como la influencia de sus contextos y formas de afrontamiento. Este enfoque generó un conocimiento más profundo y humanizado, útil para orientar intervenciones psicológicas y políticas de salud adaptadas a las necesidades de los pacientes en Managua.

V. Objetivos

5.1. Objetivo general

Documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua.

5.2. Objetivos específicos

- Conocer la dinámica de vida de las pacientes previo al proceso de diagnóstico.
- Identificar las principales reacciones en el comportamiento, cognición, estados de ánimo y emoción que enfrentan las pacientes con cáncer en el diagnóstico.
- Analizar el impacto psicológico derivado de las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales en la calidad de vida actual de las pacientes.

VI. Justificación

En el siguiente apartado se presenta la justificación de este estudio de investigación, en el cual se destacaron la relevancia y utilidad del tema abordado, así como su impacto en el ámbito sociocultural. Este análisis no solo ayudó al entendimiento del impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en adultos, sino que también proporcionó una base para mejorar los enfoques de apoyo emocional y psicológico en contextos clínicos, beneficiando a los pacientes y a los profesionales que los acompañan.

Desde el contexto social, el cáncer se ha consolidado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Nicaragua, siendo clasificado entre las enfermedades crónicas no transmisibles más alarmantes. Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en 2023 se registraron más de 2,400 nuevos casos de cáncer en el país, con un promedio anual de entre 2,700 y 3,000 muertes atribuidas a tumores malignos (MINSAL, 2024).

Este aumento progresivo está impulsado por factores como la transición epidemiológica, patrones alimenticios poco saludables (como el bajo consumo de verduras y el alto consumo de tabaco y alcohol), así como condicionantes genéticos y sociodemográficos. Esta tendencia no solo posiciona a las tumoraciones malignas como una prioridad de salud pública, sino que subraya la necesidad de profundizar en las consecuencias emocionales y psicológicas que acompañan al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Ignorar estas dimensiones perpetúa brechas en el sistema de atención integral, limitando el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, y su diagnóstico y tratamiento provocan un profundo impacto no solo en la salud física, sino también en el bienestar emocional y psicológico de los pacientes. A pesar de los avances en tratamientos oncológicos, las repercusiones psicológicas que acompañan a la enfermedad, tales como la ansiedad, depresión y alteraciones en la autoestima, siguen siendo áreas poco exploradas, especialmente en ciertos grupos etarios como los adultos.

Esta población, enfrenta retos adicionales al tratar de equilibrar su vida académica, profesional y personal con el tratamiento y las secuelas emocionales que trae consigo el diagnóstico de cáncer. La situación económica y la falta de un sistema de salud robusto en

algunas áreas del país pueden agravar aún más los efectos psicológicos de la enfermedad, al limitar el acceso a servicios de apoyo psico-oncológico y terapias adecuadas.

En el contexto académico, el estudio del impacto psicológico del cáncer ha recibido atención en diversas investigaciones; sin embargo, existe una escasez de estudios locales y específicos que aborden este tema en Nicaragua. En esta investigación se llenó el vacío académico existente y proporcionó una base para futuras investigaciones en el ámbito de la salud mental y la oncología en la región.

Desde una perspectiva teórica, se partió de modelos como el de la teoría del estrés de Lazarus y Folkman, que destaca cómo los eventos estresantes, como un diagnóstico de cáncer, afectan no solo el bienestar físico, sino también el emocional. Así mismo, la teoría del apoyo social es crucial para entender cómo las redes de apoyo (familiares, amigos y profesionales de la salud) pueden mitigar los efectos psicológicos del cáncer. Este estudio, al centrarse en adultos, permitió observar cómo estos factores teóricos se aplican en un grupo etario vulnerable y ofreció una visión enriquecedora sobre el tema.

Esta investigación se destacó por su enfoque metodológico innovador, al emplear relatos de vida como una herramienta central para explorar el impacto psicológico del cáncer en adultos durante el proceso del diagnóstico. En este enfoque se captaron las experiencias subjetivas de las pacientes de manera profunda y holística, integrando aspectos emocionales, cognitivos y sociales que no siempre son evidentes en métodos tradicionales de investigación.

Además, los relatos de vida fomentan una comprensión más humanista del fenómeno estudiado, al dar voz a las pacientes y situar sus vivencias como eje principal del análisis. En el contexto de Nicaragua, donde los estudios cualitativos en el ámbito oncológico son escasos, esta metodología representó un aporte novedoso tanto para el campo académico como para la práctica clínica, ofreciendo nuevas perspectivas para el diseño de intervenciones psicológicas más empáticas y centradas en las pacientes.

Finalmente, desde un enfoque metodológico, la investigación se desarrolló mediante un diseño cualitativo, utilizando entrevistas semi estructuradas en profundidad, con lo que se obtuvieron datos objetivos sobre el impacto psicológico en las pacientes. También se incluyeron factores, como el tipo de tratamiento recibido, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las

características sociales de las pacientes. La combinación de estos enfoques facilitó una comprensión integral de los efectos psicológicos que experimentaron las pacientes en su lucha contra el cáncer.

6.1. Vinculación con el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza de Nicaragua

El Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano (PNLCPDH) de Nicaragua tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población, incluyendo el acceso a la salud y el bienestar emocional. Abordar el impacto psicológico del cáncer se alinea con este plan al promover una atención integral que no solo se centre en los aspectos físicos de la enfermedad, sino también en la salud mental de los y las pacientes. El apoyo psicológico adecuado puede mejorar su calidad de vida, permitiéndoles ser más productivos(as) y participar activamente en la sociedad.

6.2. Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

Este tema se relaciona directamente con el ODS 3: Salud y Bienestar, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Al investigar y abordar el impacto psicológico del cáncer, se contribuye a mejorar la salud mental y el bienestar de las pacientes, lo cual es esencial para alcanzar este objetivo. Además, se vincula con el ODS 10: Reducción de las Desigualdades, ya que el acceso a servicios de apoyo psicológico puede ser limitado para las poblaciones más vulnerables, y este estudio puede ayudar a identificar estrategias para reducir estas desigualdades.

VII. Limitaciones

Estas limitaciones no invalidan los resultados, pero sí permiten contextualizarlos, reconocer los alcances reales del estudio y señalar caminos para investigaciones futuras que puedan ampliar, diversificar o profundizar el fenómeno explorado.

Las limitaciones de la investigación se relacionaron tanto con aspectos metodológicos como con factores logísticos y contextuales propios del trabajo de campo. En primer lugar, la viabilidad del acceso al escenario clínico constituyó un desafío relevante. El acceso al escenario clínico se vio favorecido por la familiaridad previa de los investigadores con la dinámica institucional, lo cual permitió establecer un vínculo de confianza (*rapport*) más sólido y fluido con las participantes. No obstante, se reconoce que esta cercanía podría limitar la replicabilidad del estudio en centros donde no exista una mediación previa, lo que obligó a extremar el rigor en el uso de los protocolos éticos y el consentimiento informado para separar el rol asistencial del rol investigativo. Sin este vínculo previo, el acceso a las pacientes habría sido considerablemente más complejo, lo cual constituye una limitación importante para la replicabilidad de la investigación.

Asimismo, el factor tiempo representó una restricción significativa. Las restricciones temporales derivadas de la compatibilidad entre las agendas laborales de los investigadores y los tiempos clínicos de las pacientes representaron un reto logístico significativo. Esta situación se gestionó priorizando la flexibilidad y el respeto por los momentos de descanso y tratamiento de las participantes, asegurando que el proceso de recolección de datos no interfiriera con su bienestar emocional ni físico.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación también presentó dificultades asociadas a la delimitación del fenómeno estudiado. Si bien la muestra está conformada por tres casos, este número responde al diseño fenomenológico-narrativo adoptado, cuyo fin no es la generalización estadística, sino la profundidad interpretativa de las vivencias subjetivas. La recolección de información se detuvo al alcanzar la saturación teórica, punto en el cual los relatos comenzaron a mostrar patrones recurrentes y convergentes que permitieron responder a los objetivos de investigación sin necesidad de nuevas unidades de análisis. La presencia de estas

delimitaciones limita la posibilidad de realizar comparaciones más precisas entre distintos perfiles clínicos y abre la necesidad de que futuras investigaciones incorporen estas variables para lograr un análisis más específico y completo.

La investigación no pretendió establecer comparaciones clínicas basadas en el estadio oncológico o el tipo específico de cáncer, sino captar la esencia de la 'ruptura biográfica' que el diagnóstico genera de manera transversal en el ser humano. Se reconoce, sin embargo, que las variaciones clínicas influyen en la intensidad del impacto, por lo que los hallazgos deben leerse como una aproximación a la experiencia emocional general y no como una caracterización de patologías específicas.

Finalmente, como en toda investigación cualitativa, existen limitaciones inherentes a la naturaleza subjetiva de los relatos, las cuales pueden verse influenciadas por el estado emocional de la paciente, su disposición para compartir experiencias íntimas o su capacidad para recordar ciertos eventos. Además, la muestra reducida, característica del enfoque fenomenológico-narrativo, restringe la generalización de los hallazgos, aunque permite una comprensión profunda de la experiencia individual.

VIII. Marco teórico

En este capítulo se introduce la estructura del marco teórico, en este se profundizó en el análisis de los relatos de vida sobre el impacto psicológico que enfrentan las pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico. La primera sección corresponde al marco referencial, que incluyó una revisión exhaustiva de hallazgos relevantes y categorías de análisis fundamentadas en estudios previos; para comprender como las dinámicas de vida, las primeras reacciones psicológicas y las estrategias de afrontamiento de las pacientes permiten interpretar las experiencias asociadas al diagnóstico, aportando un contexto sólido y significativo al análisis de la información obtenida.

En el marco conceptual, se definen y analizan los conceptos clave que sustentan esta investigación. En esta sección se abordaron términos esenciales como las dinámicas de vida, las reacciones cognitivas y emocionales, el impacto psicológico y la calidad de vida, proporcionando un vocabulario claro para la interpretación de los hallazgos. Además, se integraron teorías como el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman, junto con conceptualizaciones sobre alteraciones cognitivas y emocionales relacionadas con el cáncer, para establecer un marco que permita un análisis comprensivo y multidimensional.

El propósito de este marco teórico es ofrecer una base robusta para interpretar los relatos de vida desde una perspectiva psicológica y humanista. Al abordar tanto las experiencias individuales como los fundamentos teóricos del impacto psicológico, se espera que el lector adquiera una visión integral del fenómeno estudiado. Esto facilitó una comprensión profunda de los factores que influyeron en la calidad de vida de las pacientes y cómo las intervenciones psicológicas pueden ser adaptadas para responder a las necesidades emocionales, cognitivas y sociales de esta población.

8.1 Marco referencial

8.1.1 Fundamentación teórica general del estudio

En el marco de la fundamentación teórica general del estudio, se ha considerado la investigación realizada por Carmen Yélamos y Belén Fernández (2020), titulada Necesidades emocionales en el paciente con cáncer, publicada por la organización UMSA Contra el Cáncer. Este documento tiene como objetivo principal analizar las necesidades emocionales y psicológicas que enfrentan los pacientes con cáncer, reconociendo que dichas necesidades pueden variar dependiendo del tipo de cáncer, el pronóstico médico, los tratamientos recibidos, así como la fase de la enfermedad en la que se encuentren.

El enfoque metodológico de esta investigación es de carácter cualitativo, basado principalmente en una revisión teórica profunda y en la experiencia clínica de las autoras en el campo de la psicooncología. A través de este enfoque, se logra una visión integral sobre los aspectos emocionales que acompañan al proceso oncológico, especialmente en las primeras etapas del diagnóstico.

Entre las principales conclusiones del estudio se encuentra la identificación de diversas necesidades emocionales comunes en los pacientes oncológicos. Estas incluyen la necesidad de seguridad, entendida como la confianza en el equipo médico y el entorno familiar; la pertenencia, asociada al reconocimiento de sus capacidades y a sentirse aceptados por su entorno; y el amor, tanto en su dimensión de recibir afecto como en la de ofrecerlo. También se destaca la necesidad de comprensión y aceptación, la cual permite al paciente saberse importante pese a la enfermedad, y el sentido de vida, como un intento por encontrar propósito en medio del sufrimiento, la enfermedad o incluso frente a la muerte. Además, se resalta que la comunicación es una necesidad primaria en estos contextos, ya que permite generar un espacio de confianza, seguridad y esperanza.

Desde una perspectiva investigativa, este estudio constituye una base teórica clave para el desarrollo del presente trabajo, ya que visibiliza las dimensiones emocionales y subjetivas

implicadas en el diagnóstico del cáncer. Refuerza la importancia de abordar al paciente desde una mirada holística, integrando no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos, afectivos y sociales. Estos hallazgos respaldan la pertinencia de utilizar relatos de vida como metodología en esta tesis, al permitir explorar con mayor profundidad las experiencias individuales y significados personales atribuidos por los pacientes al momento del diagnóstico.

Psicología clínica y salud mental en enfermedades crónicas

La psicología clínica desempeña un papel fundamental en el abordaje de enfermedades crónicas, como el cáncer, debido al impacto significativo que estas condiciones tienen en la salud mental de los y las pacientes. En este contexto, la psicooncología emerge como una disciplina especializada que integra conocimientos de la psicología y la oncología para atender las necesidades emocionales, cognitivas y conductuales de las personas diagnosticadas con cáncer.

La tesis doctoral de Rodríguez (2017), acerca del impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos, ofrece una visión profunda sobre cómo los factores psicológicos influyen en la experiencia del cáncer. El estudio destaca que el diagnóstico de cáncer genera una respuesta emocional intensa, caracterizada por ansiedad, depresión y estrés, que puede afectar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Además, identifica que los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento son variables clave que modulan la respuesta psicológica de los pacientes ante la enfermedad.

Complementando esta perspectiva, Hernández et al. (2012) en su artículo Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer, publicado en la revista Psicooncología, señalan que existe una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en pacientes oncológicos. Estos problemas suelen estar relacionados con factores médicos, físicos, psicológicos y sociales, y su detección oportuna es esencial para proporcionar una atención psicológica adecuada. Sin embargo, los autores advierten sobre las barreras que dificultan una evaluación psicológica efectiva, lo que puede llevar a una falta de atención especializada y a un empeoramiento clínico de los pacientes.

En este sentido, el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) ofrece un marco conceptual integrador que considera los factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión de la salud y la enfermedad. Este enfoque es particularmente útil en el ámbito oncológico, ya que permite abordar la complejidad de la experiencia del cáncer desde múltiples dimensiones, reconociendo la interacción entre el cuerpo, la mente y el entorno social del paciente.

Asimismo, la resiliencia se presenta como un constructo relevante en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. Intervenciones psicológicas orientadas a fomentar la resiliencia han demostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad y el estrés, así como en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Estas intervenciones promueven estrategias de afrontamiento activo, la expresión de emociones y la búsqueda de sentido en la experiencia de la enfermedad, facilitando así un proceso de adaptación más saludable.

En relación con lo antes mencionado es importante mencionar que la integración de la psicología clínica en el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer es esencial para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. La comprensión de los factores psicológicos que influyen en la experiencia del cáncer, junto con la implementación de intervenciones psicológicas adecuadas, puede mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar de los pacientes oncológicos. Este enfoque holístico y centrado en el paciente es fundamental para proporcionar una atención integral y humanizada en contextos oncológicos.

El papel de la psicología en contextos oncológicos.

La psicooncología es una disciplina especializada que surge de la intersección entre la psicología y la oncología, enfocándose en el estudio y tratamiento de los aspectos psicológicos, sociales y emocionales que acompañan al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familias, abordando el sufrimiento emocional y facilitando la adaptación a las distintas etapas de la enfermedad.

Según Bohórquez y Ochoa (2016), la psicooncología destaca la importancia de una atención integral en el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, considerando

aspectos éticos y sanitarios que respaldan el derecho de los pacientes a recibir un cuidado holístico. Los autores proponen la utilización de materiales informativos accesibles para empoderar a los pacientes y fomentar su participación activa en el proceso de atención.

En la práctica clínica, la psicooncología se integra en equipos multidisciplinarios para ofrecer un soporte emocional continuo desde el momento del diagnóstico. Como señala Rodríguez (2019), aproximadamente entre el 30% y 40% de los pacientes con cáncer presentan problemas psicopatológicos, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, depresión y adaptativos. La intervención psicooncológica temprana es fundamental para mitigar estos efectos y promover una mejor adherencia al tratamiento médico.

Además, la psicooncología reconoce la necesidad de adaptar las intervenciones terapéuticas a las características individuales de cada paciente. Narea (2023) enfatiza que el trabajo del psicooncólogo debe centrarse en aliviar el sufrimiento del paciente, facilitando la expresión emocional y promoviendo la aceptación de la enfermedad. Esto implica una flexibilidad en la relación terapéutica y una comunicación abierta que permita al paciente recuperar su percepción de control sobre su vida.

En el contexto actual, la psicooncología también ha incorporado avances tecnológicos para mejorar la atención al paciente. El uso de dispositivos portátiles y plataformas digitales permite monitorear variables como la calidad del sueño y la actividad física, factores que influyen significativamente en la salud mental de los pacientes oncológicos de edad avanzada (Radio Valencia, 2025). Estos enfoques innovadores facilitan una atención personalizada y proactiva, adaptada a las necesidades cambiantes de los pacientes.

La psicooncología representa un componente esencial en la atención integral del paciente con cáncer, abordando no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Su integración en los equipos de salud permite una comprensión más completa de la experiencia del paciente, facilitando intervenciones que promuevan el bienestar psicológico y una mejor calidad de vida durante el proceso oncológico.

Concepto de salud mental en pacientes con enfermedades físicas graves.

La salud mental en pacientes que enfrentan enfermedades físicas graves, como el cáncer, es un componente esencial que influye significativamente en su bienestar general y en la eficacia del tratamiento médico. La Organización Mundial de la Salud (2021) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Sin embargo, en el contexto de enfermedades crónicas y potencialmente mortales, este equilibrio se ve frecuentemente alterado.

Las y los pacientes con enfermedades físicas graves tienen entre dos y tres veces más probabilidades de desarrollar trastornos mentales, como depresión y ansiedad, en comparación con la población general. Esta vulnerabilidad se debe a múltiples factores, incluyendo el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, las limitaciones físicas y la incertidumbre sobre el futuro. Además, la presencia de síntomas físicos persistentes, como el dolor y la fatiga, puede exacerbar los problemas de salud mental, creando un ciclo negativo que afecta tanto al cuerpo como a la mente.

En el caso específico del cáncer, el diagnóstico suele ser percibido como una amenaza a la vida, lo que genera una respuesta emocional intensa. Los pacientes pueden experimentar una amplia gama de emociones, desde el miedo y la tristeza hasta la ira y la desesperanza. Estas reacciones son normales, pero cuando persisten o interfieren con la capacidad del individuo para afrontar la enfermedad y participar en el tratamiento, pueden evolucionar hacia trastornos mentales clínicamente significativos.

Es importante destacar que la salud mental no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino que también tiene implicaciones directas en los resultados médicos. La depresión y la ansiedad no tratadas pueden disminuir la adherencia al tratamiento, prolongar las estancias hospitalarias y aumentar la mortalidad. Por lo tanto, la evaluación y el tratamiento de los problemas de salud mental deben ser componentes integrales de la atención médica para pacientes con enfermedades físicas graves.

Vulnerabilidad emocional y procesos de adaptación.

El diagnóstico de una enfermedad física grave, como el cáncer, constituye un evento altamente estresante que expone al paciente a una notable vulnerabilidad emocional. Esta vulnerabilidad se manifiesta en una intensa inestabilidad emocional, derivada tanto del impacto psicológico inicial del diagnóstico como de los desafíos asociados al tratamiento, la incertidumbre respecto al pronóstico y los cambios en el estilo de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (2001), las personas con enfermedades crónicas tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos mentales como depresión y ansiedad, lo cual compromete su bienestar emocional y su capacidad para enfrentar adecuadamente la enfermedad.

La experiencia emocional del paciente oncológico transita por distintas fases, que incluyen desde el shock y la negación, hasta el enojo, la tristeza profunda y, en algunos casos, la aceptación. Estas reacciones se inscriben dentro de los llamados procesos de adaptación psicológica, que son mecanismos mediante los cuales el individuo reorganiza su vida interna y externa ante una situación de amenaza o pérdida. Tal como explica el Royal College of Psychiatrists, este proceso no ocurre de forma lineal ni uniforme, y cada paciente lo vive según sus propios recursos personales, antecedentes emocionales, apoyos sociales y características de la enfermedad.

Diversos estudios han señalado que uno de los principales factores que determinan la vulnerabilidad emocional es la falta de estrategias de afrontamiento efectivas. Los pacientes que presentan estilos de afrontamiento evitativos o pasivos tienen más probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva y ansiedad clínica (National Institute of Mental Health). En contraste, aquellos que utilizan estrategias activas de resolución de problemas, búsqueda de apoyo social o resignificación del sentido de vida tienden a adaptarse mejor al proceso oncológico, incluso en fases avanzadas de la enfermedad.

Además, la adaptación emocional se ve influida por el entorno del paciente. La calidad del soporte social (proveniente de la familia, amigos y personal de salud) desempeña un papel protector, amortiguando los efectos del estrés y favoreciendo una percepción de control frente

a la enfermedad. Cuando el paciente se siente acompañado, comprendido y escuchado, disminuye su percepción de amenaza y aumenta su capacidad de resiliencia, entendida como la habilidad para sobreponerse a situaciones adversas manteniendo la estabilidad psicológica.

En este sentido, la intervención psicológica oportuna es fundamental para identificar los factores que incrementan la vulnerabilidad emocional y potenciar los procesos adaptativos. La psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual y los grupos de apoyo son estrategias psicoterapéuticas eficaces para promover el afrontamiento saludable, reducir el malestar emocional y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

En palabras finales es oportuno mencionar que la vulnerabilidad emocional en pacientes con enfermedades físicas graves no debe entenderse únicamente como una reacción patológica, sino como una respuesta humana ante un evento amenazante que desafía el equilibrio psicológico. Los procesos de adaptación, en este contexto, son complejos y multifactoriales, pero pueden ser favorecidos mediante intervenciones profesionales adecuadas que reconozcan la dimensión emocional como parte integral del tratamiento médico.

8.1.2 Dinámica de vida previa al diagnóstico: construcción de identidad y rutina cotidiana

Identidad narrativa y roles sociales

La identidad personal, entendida desde el enfoque narrativo, se configura a través de los relatos que las personas construyen sobre sí mismas. Bruner (1991) sostiene que la vida humana cobra sentido mediante narraciones que integran la experiencia pasada, el presente y las proyecciones futuras. En ese marco, el diagnóstico de cáncer no solo representa una alteración médica, sino una disrupción narrativa.

Ricoeur (1996) profundiza en este enfoque al hablar de la "identidad narrativa" como la integración continua entre la "ipseidad" (la identidad cambiante, experiencial) y la "mismidad" (la identidad constante, coherente). Esta visión permite entender cómo los pacientes reconstruyen su historia tras el diagnóstico, reconfigurando su sentido del yo.

Diversos estudios en psicooncología han demostrado que las personas afectadas por enfermedades crónicas como el cáncer tienden a replantear su identidad a partir del proceso de enfermedad. Cambios en el rol familiar, en la percepción del cuerpo, o en la capacidad laboral suelen implicar un proceso de reajuste psicológico profundo.

Percepción del cuerpo, salud y autocuidado antes de la enfermedad

La forma en que las personas conciben su cuerpo y su salud está mediada por la cultura, la biografía personal y los imaginarios sociales. Antes del diagnóstico, muchos pacientes describen haber tenido una relación funcional o incluso indiferente con su cuerpo. La enfermedad obliga a una reevaluación de esta relación, generando a menudo sensaciones de extrañeza, desconfianza o vulnerabilidad.

En esta etapa previa al diagnóstico, las prácticas de autocuidado —o su ausencia— se interpretan a posteriori con una carga emocional significativa. Algunos pacientes relatan haber ignorado síntomas por miedo o desinformación, mientras que otros cuestionan decisiones pasadas, generando sentimientos de culpa o resignación.

Rutina, vínculos afectivos y expectativas de futuro

La cotidianidad constituye una estructura fundamental en la vida humana, al ofrecer una organización temporal y simbólica que permite anticipar, planificar y sostener la continuidad de la existencia. Las rutinas diarias, como las actividades laborales, los estudios, los compromisos familiares, las relaciones afectivas y los espacios de ocio, configuran un entramado de sentido que sostiene la identidad personal y social del individuo. En este contexto, el diagnóstico de cáncer irrumpe como un evento disruptivo, que desestructura la previsibilidad del día a día y confronta al sujeto con una nueva realidad marcada por la incertidumbre y la fragilidad.

Desde una perspectiva antropológica, Bourdieu (2002) sostiene que los individuos actúan dentro de un "orden simbólico" que da coherencia y estabilidad a su mundo. El cáncer, como experiencia límite, quiebra ese orden simbólico, al introducir una lógica diferente: la de la enfermedad, el cuerpo medicalizado, la dependencia de otros y la finitud. Esta ruptura obliga al paciente a reorganizar sus prioridades, reconfigurar sus relaciones y resignificar su trayectoria

vital. La cotidianidad se transforma, ya no en función de los deseos y proyectos personales, sino de los tiempos clínicos, los efectos del tratamiento y las limitaciones físicas o emocionales que emergen.

En este proceso, los vínculos afectivos adquieren un papel central. Por un lado, pueden reforzarse los lazos familiares, las amistades cercanas o las redes de apoyo emocional, generando un efecto protector ante el impacto psicológico de la enfermedad. Por otro lado, también pueden debilitarse o tensarse ciertos vínculos, debido a la incomprensión, el distanciamiento o la carga emocional que implica acompañar a alguien en su proceso de enfermedad. Tal como lo plantea Norbert Elias (1987), la enfermedad y la muerte tienden a marginarse de la vida social moderna, por lo que el diagnóstico puede provocar aislamiento o retraimiento social, tanto autoimpuesto como proveniente del entorno.

Asimismo, el diagnóstico de cáncer incide de forma significativa en las expectativas de futuro. Para un adulto joven, esta etapa vital suele estar asociada a la construcción de metas, el desarrollo profesional, la independencia económica y la planificación de proyectos a mediano y largo plazo. El cáncer introduce una suspensión del proyecto vital, que puede ser vivida como una pérdida simbólica de control sobre la vida propia. En algunos casos, esta experiencia genera una sensación de “futuro interrumpido” (Miller, 2000), en la que los planes se posponen, se fragmentan o se reformulan bajo nuevas condiciones.

No obstante, también es posible observar procesos de resignificación del futuro, donde el sujeto reconstruye su sentido de vida a partir de nuevos valores, prioridades o propósitos, generando así un tipo de adaptación positiva que puede vincularse con la noción de resiliencia (Cyrulnik, 2003). La reconstrucción de una nueva cotidianidad —aunque distinta de la anterior— representa un intento de recuperar agencia y continuidad biográfica en medio de la experiencia de enfermedad.

En suma, la rutina, los vínculos afectivos y las expectativas de futuro son tres dimensiones interrelacionadas que se ven profundamente afectadas por el cáncer. Su análisis permite comprender cómo el diagnóstico impacta no solo en la salud física, sino también en el entramado simbólico, emocional y social que da forma a la identidad del sujeto.

Duelo anticipado por la vida anterior al diagnóstico

Este concepto, también conocido como "pérdida simbólica", hace referencia al proceso de duelo que ocurre cuando una persona anticipa o percibe la pérdida de elementos fundamentales de su vida sin que estos hayan desaparecido completamente. Es una forma de duelo silencioso, no siempre validado por el entorno, pero profundamente significativo.

El duelo por la salud, por los proyectos de vida truncados, o por la versión anterior de uno mismo, puede generar respuestas emocionales comparables al luto por la muerte de un ser querido (Worden, 2004). Es clave reconocer y acompañar este tipo de pérdida para evitar complicaciones emocionales a largo plazo.

8.1.3 Reacciones psicológicas ante el diagnóstico: cognición, emoción y conducta

El momento del diagnóstico de cáncer representa un punto de inflexión psicológico. Desde el instante en que el paciente recibe la noticia, se despliegan una serie de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que configuran un proceso de afrontamiento multidimensional. Este eje aborda esas reacciones iniciales y su evolución inmediata, a la luz de modelos teóricos que permiten interpretar esta vivencia desde una mirada psicoemocional.

El diagnóstico como evento disruptivo y traumático

El cáncer se percibe como una enfermedad cargada de significados negativos, miedo y estigmas sociales. Por tanto, el diagnóstico suele ser vivido como una experiencia disruptiva, que irrumpe bruscamente en la vida cotidiana y modifica la autoimagen del paciente.

Desde la psicología del trauma, Herman (1992) describe estos eventos como situaciones que abrumen los recursos adaptativos del individuo. El impacto puede traducirse en síntomas agudos como confusión, disociación, desrealización o bloqueo emocional. En relatos clínicos, algunos pacientes describen “no haber escuchado nada después de que dijeron la palabra cáncer”, lo cual refleja la intensidad del impacto emocional.

Reacciones cognitivas

A nivel cognitivo, el diagnóstico activa procesos de interpretación, evaluación y búsqueda de sentido. Las personas pueden experimentar:

- Pensamientos intrusivos: ideas recurrentes sobre la enfermedad, el tratamiento o la posibilidad de muerte.
- Distorsiones cognitivas: generalización (“nunca me curaré”), catastrofismo (“esto va a destruir mi vida”), y atribuciones erróneas (“esto es un castigo”).
- Búsqueda de explicaciones: muchos pacientes intentan comprender las causas del cáncer, desde factores médicos hasta aspectos espirituales o existenciales.

Estas reacciones se alinean con lo planteado por Lazarus y Folkman (1984) en su teoría del afrontamiento, donde la evaluación primaria (¿esto me amenaza?) y secundaria (¿tengo recursos para afrontarlo?) determinan la forma en que el individuo reacciona ante un evento estresante.

Reacciones emocionales

El impacto emocional del diagnóstico puede expresarse en múltiples formas, que varían en intensidad y duración. Entre las emociones más comunes están:

- Ansiedad anticipatoria: preocupación constante por el futuro, el dolor, o la muerte.
- Tristeza profunda: relacionada con las pérdidas reales o simbólicas.
- Ira y frustración: por el cambio drástico de circunstancias o la percepción de injusticia.
- Negación: mecanismo de defensa inicial que permite amortiguar el impacto emocional.
- Miedo: al sufrimiento, a los efectos secundarios del tratamiento, al estigma social o al abandono.

El modelo de las cinco etapas del duelo de Kübler-Ross (2000) —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— sigue siendo una referencia válida para entender la transición emocional que viven muchos pacientes. No obstante, es importante recordar que estas etapas no siempre ocurren en orden lineal, ni todas se presentan en todos los individuos.

Reacciones conductuales

Las respuestas conductuales al diagnóstico pueden ir desde la pasividad total hasta una hiperactividad dirigida a “tomar el control” de la situación. Las más frecuentes incluyen:

- Aislamiento: retraimiento social para evitar hablar del tema o por temor a ser juzgado.
- Búsqueda de apoyo emocional o espiritual: acercamiento a familiares, amigos, psicólogos, líderes religiosos.
- Conductas evitativas: aplazamiento de decisiones médicas, evasión de conversaciones, negación de la enfermedad.
- Hiperinformación o sobre investigación: consumo excesivo de información médica, muchas veces sin filtros adecuados, que puede generar más ansiedad.

Estas conductas se relacionan con el estilo de afrontamiento del paciente y el nivel de contención que recibe por parte de su red de apoyo. La comprensión y validación de estas conductas puede favorecer un acompañamiento más efectivo desde el entorno clínico y familiar.

Teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman

La teoría del afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman (1984) constituye uno de los modelos más influyentes en la psicología del estrés y la adaptación. Su aporte radica en comprender cómo las personas evalúan y responden a situaciones que perciben como amenazantes o desbordantes de sus recursos personales. En el caso del cáncer, esta teoría resulta clave para analizar las respuestas psicológicas de los pacientes durante el proceso diagnóstico, ya que la enfermedad se configura como un evento altamente estresante que desafía tanto la estabilidad emocional como la capacidad de adaptación.

Evaluación cognitiva del estrés

Lazarus y Folkman sostienen que el afrontamiento se inicia con un proceso de evaluación cognitiva, en el cual el individuo interpreta la situación y determina su significado personal. Esta evaluación se divide en dos fases:

- Evaluación primaria: el paciente juzga si el diagnóstico representa una amenaza, un daño ya ocurrido o un desafío que puede ser enfrentado. En el cáncer, esta etapa suele estar marcada por percepciones de peligro para la vida, pérdida de proyectos futuros y alteración de la identidad personal.
- Evaluación secundaria: el paciente analiza los recursos disponibles para enfrentar la situación, como apoyo social, acceso a tratamientos médicos, estabilidad económica y estrategias personales de resiliencia. Esta fase determina qué tipo de afrontamiento se pondrá en práctica.

Tipos de afrontamiento

A partir de estas evaluaciones, Lazarus y Folkman distinguen dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento:

Afrontamiento centrado en el problema: Se orienta a modificar la situación que genera estrés. En el contexto del cáncer, esto incluye acciones como buscar información sobre la enfermedad, acceder a tratamientos médicos, organizar recursos económicos y planificar la vida cotidiana en función de las nuevas demandas. Este tipo de afrontamiento es más frecuente cuando los pacientes perciben que la situación es controlable o que existen alternativas de acción.

Afrontamiento centrado en la emoción: Se dirige a regular las respuestas emocionales derivadas de la situación estresante. En pacientes con cáncer, puede manifestarse en la expresión de sentimientos, la búsqueda de apoyo social, la resignificación del diagnóstico (por ejemplo, verlo como una oportunidad de crecimiento personal) o el uso de distracciones para reducir la ansiedad. Este tipo de afrontamiento es más común cuando la situación se percibe como poco controlable o irreversible.

Coexistencia y eficacia del afrontamiento

Lazarus y Folkman enfatizan que ambos tipos de afrontamiento no son excluyentes, sino complementarios. Un paciente puede, por ejemplo, organizar sus citas médicas (afrontamiento

centrado en el problema) mientras busca apoyo emocional en su familia (afrontamiento centrado en la emoción). La eficacia de estas estrategias depende de múltiples factores:

- El contexto en el que se desarrolla la enfermedad (recursos médicos disponibles, apoyo social).
- La personalidad del paciente (niveles de resiliencia, estilos de pensamiento).
- La etapa de la enfermedad (diagnóstico inicial, tratamiento, remisión o recaída).
- Los recursos internos y externos (creencias religiosas, redes de apoyo, estabilidad económica).

En el proceso diagnóstico del cáncer, la teoría de Lazarus y Folkman permite comprender cómo los pacientes interpretan la amenaza que representa la enfermedad y qué recursos movilizan para enfrentarla. El afrontamiento centrado en el problema puede ayudar a los pacientes a mantener una sensación de control sobre su tratamiento, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción les permite manejar la ansiedad, el miedo y la incertidumbre. La combinación de ambos tipos de afrontamiento es esencial para promover la adaptación psicológica y mejorar la calidad de vida.

8.1.4 Impacto en la calidad de vida: resignificación del presente y futuro

El diagnóstico de cáncer no solo altera la biología del cuerpo, sino que transforma profundamente la forma en que el paciente concibe su vida. Esta sección explora cómo el cáncer afecta la calidad de vida en sus múltiples dimensiones (física, psicológica, social y espiritual) y cómo los pacientes resignifican su existencia a través de recursos personales, narrativos y relacionales.

Alteración de la funcionalidad y autonomía

Uno de los primeros cambios visibles tras el diagnóstico es la pérdida parcial o total de autonomía. Las personas enfrentan limitaciones físicas derivadas del tratamiento (quimioterapia,

cirugías, radioterapia), del dolor, la fatiga o la inmunosupresión. Esto repercute directamente en su sentido de competencia y autoeficacia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores. Esta percepción se ve afectada cuando el paciente no puede desempeñar sus roles cotidianos, ya sea como trabajador, padre, pareja o cuidador.

En estudios cualitativos como el de García y Contreras (2021), realizado en pacientes oncológicos de un hospital público en Colombia, se encontró que la pérdida de funcionalidad física desencadenó sentimientos de inutilidad y dependencia, especialmente en personas previamente activas. Sin embargo, también se observó que, con el tiempo, algunos pacientes desarrollaron estrategias de adaptación y delegación funcional.

Reconfiguración de metas personales y sentido de vida

La vivencia del cáncer obliga a una reestructuración de metas, planes y deseos. En muchos casos, los objetivos a largo plazo se ven suspendidos o modificados drásticamente, lo cual puede generar una sensación de “vida en pausa”.

Frankl (1991), desde su enfoque de la logoterapia, plantea que incluso en las condiciones más adversas, el ser humano puede encontrar sentido. La experiencia del sufrimiento no es en sí misma destructiva si se logra integrar en una narrativa de sentido. Muchos pacientes, a partir del diagnóstico, desarrollan nuevas prioridades, profundizan vínculos significativos y encuentran en la adversidad una oportunidad de crecimiento.

Por ejemplo, en un estudio de relatos de vida en pacientes con cáncer terminal realizado por Silva y Meneses (2018) en Brasil, se evidenció cómo los participantes reconstruían su identidad a partir de nuevas formas de espiritualidad, gratitud, contacto familiar y aceptación de la finitud.

Dimensiones afectadas: física, psicológica, social y espiritual

El impacto del cáncer debe entenderse de manera holística. Las cuatro dimensiones principales afectadas son:

- Física: fatiga, dolor, pérdida de peso, efectos secundarios del tratamiento.
- Psicológica: ansiedad, depresión, cambios de humor, alteración de la autoestima.
- Social: ruptura o fortalecimiento de vínculos, estigmatización, aislamiento.
- Espiritual: crisis de fe, búsqueda de sentido, resignificación de creencias.

Estas dimensiones interactúan entre sí. Un paciente con dolor constante puede desarrollar síntomas depresivos, que a su vez afectarán su disposición social y espiritual. Por ello, los abordajes integrales de atención psicooncológica son esenciales para acompañar este proceso.

Logoterapia y la búsqueda del sentido en el cáncer

La logoterapia, desarrollada por Frankl (1920), propone que el ser humano se motiva por la voluntad de sentido. A diferencia de otras corrientes psicológicas, no se enfoca tanto en el placer o el poder, sino en el sentido profundo que la persona le atribuye a su existencia.

Esta parte de la premisa de que la motivación principal del ser humano no es la búsqueda de placer (como propone el psicoanálisis) ni el deseo de poder (como sostiene el enfoque adleriano), sino la voluntad de sentido. Esta orientación existencial coloca el foco en la capacidad de cada persona para encontrar un propósito, incluso en las circunstancias más adversas. Frankl (1920), sobreviviente del Holocausto, sostenía que el ser humano puede soportar casi cualquier sufrimiento si logra descubrir un "para qué".

En el contexto del cáncer, esta propuesta adquiere una relevancia particular. El diagnóstico oncológico representa una experiencia límite que pone en juego la vida misma, el futuro, la identidad y la seguridad existencial. Para muchos pacientes, el cáncer no solo constituye una amenaza física, sino también una crisis de sentido: ¿por qué me ocurre esto?,

¿qué sentido tiene este dolor?, ¿cómo vivir con esta enfermedad?, ¿qué cambia ahora en mi vida?

Desde la perspectiva de la logoterapia, el sufrimiento —aunque inevitable— puede adquirir valor y transformar la vida del paciente si es asumido con una actitud de responsabilidad frente a la existencia. Frankl no niega el dolor, pero plantea que este puede ser integrado en la narrativa vital del sujeto como una oportunidad para el crecimiento interior, el fortalecimiento espiritual o la transformación de valores y prioridades.

Esta visión también plantea que el ser humano conserva siempre una libertad interior, aun cuando no pueda controlar las circunstancias externas. Así, los pacientes con cáncer pueden resignificar su experiencia mediante decisiones personales conscientes, como mantener la esperanza, redefinir su propósito vital, mejorar sus relaciones afectivas, o contribuir a otros desde su experiencia. Esto coincide con lo que Frankl llama "autotrascendencia", es decir, la capacidad de ir más allá del yo, del dolor, o de la enfermedad, hacia algo más grande: el amor, el legado, la espiritualidad o el servicio a los demás.

En la práctica clínica, la logoterapia ha demostrado ser útil como enfoque complementario en cuidados paliativos y acompañamiento psicológico, ya que ayuda al paciente a construir una narrativa coherente sobre su enfermedad y encontrar sentido en medio del sufrimiento. Esta búsqueda de sentido puede convertirse en un factor protector frente al vacío existencial, la desesperanza y la ansiedad anticipatoria, emociones comunes en pacientes con enfermedades graves.

Asimismo, desde la metodología de relatos de vida, la logoterapia se articula de forma natural. Los relatos no son solo secuencias de hechos, sino también expresiones de significado. A través de la narrativa, el paciente explora no solo lo que ha vivido, sino cómo lo ha vivido, qué ha aprendido, y qué significado atribuye a cada etapa de su recorrido vital. En este sentido, el relato de vida se convierte en un vehículo para la reconstrucción del sentido, tal como lo plantea Frankl: el sentido no se inventa, se descubre.

Apoyo social, emocional y espiritual como factores protectores

Diversas investigaciones han demostrado que el apoyo social es uno de los factores más relevantes para la resiliencia en personas con cáncer. El acompañamiento emocional por parte de la familia, amistades, grupos de apoyo y profesionales de la salud puede mitigar significativamente los efectos del estrés y la desesperanza.

El estudio de López et al. (2020), basado en entrevistas a mujeres con cáncer de mama en Nicaragua, reveló que el soporte emocional familiar y la fe religiosa fueron fundamentales para sobrellevar el proceso. Las participantes destacaron que sentirse escuchadas y acompañadas tuvo más impacto positivo que algunos de los tratamientos médicos.

El apoyo espiritual también cumple un rol clave. No se limita a la religiosidad institucional, sino a la conexión con valores trascendentes, el sentido de comunidad o la contemplación de la vida y la muerte desde una perspectiva más amplia.

8.1.5 Aportes de la Tanatología al análisis del impacto psicológico del cáncer

La tanatología como disciplina

Definición y objeto de estudio

La tanatología es una disciplina que se encarga del estudio científico e interdisciplinario del proceso de morir, el sufrimiento humano relacionado con la pérdida y el acompañamiento en el duelo. De acuerdo con López Méndez (2015), esta área de conocimiento no solo se limita al estudio de la muerte, sino que incluye la intervención con personas que enfrentan enfermedades terminales, pérdidas significativas o procesos de duelo, con el fin de brindar alivio emocional y promover la aceptación del ciclo vital.

Según González (2018), la tanatología integra conocimientos de la medicina, psicología, filosofía y espiritualidad, con el objetivo de ofrecer un acompañamiento profesional y humanizado a quienes atraviesan experiencias límite como una enfermedad oncológica avanzada. Este acompañamiento permite resignificar la experiencia de la pérdida desde un

enfoque compasivo y resiliente. Por su parte, Chávez y Juárez (2020) destacan que este campo promueve una atención centrada en la persona, no únicamente en la enfermedad, lo cual contribuye a restaurar la dignidad del paciente incluso en etapas terminales, reduciendo la medicalización excesiva del proceso de morir.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha reconocido la importancia de los cuidados paliativos y la atención tanatológica como componentes esenciales de los sistemas sanitarios, ya que garantizan la calidad de vida del paciente y su familia cuando la cura ya no es posible. Esta perspectiva también ha sido respaldada por estudios como el de Salas y Gómez (2021), quienes evidencian que la atención tanatológica favorece el fortalecimiento de la autonomía del paciente al fomentar el diálogo sobre sus necesidades emocionales, espirituales y éticas.

Complementariamente, Figueroa y Carrillo (2020) afirman que la tanatología fomenta un abordaje integral del ser humano, considerando no solo su sintomatología física, sino también su historia personal, sus vínculos y su espiritualidad. Esta visión holística permite comprender el proceso de morir no como un fracaso médico, sino como una etapa natural del ciclo vital. En el mismo sentido, Flores y Castillo (2021) subrayan la importancia de la tanatología como promotora de una cultura de la muerte consciente, que permite a las personas hablar abiertamente sobre su final de vida y tomar decisiones anticipadas, aspecto especialmente relevante en contextos de enfermedades crónicas o terminales.

Aplicación en contextos de enfermedad grave y duelo

En contextos clínicos como el cáncer, la tanatología se ha posicionado como una herramienta fundamental para la atención psicológica del paciente y su familia. Méndez y Jiménez (2020) señalan que la intervención tanatológica contribuye a la disminución de la ansiedad, el miedo a la muerte y la desesperanza, favoreciendo una vivencia más serena del proceso de la enfermedad. Esta afirmación se complementa con el trabajo de Vargas y Moreno (2017), quienes documentaron que pacientes oncológicos que reciben atención tanatológica

presentan una mayor aceptación de su diagnóstico y desarrollan estrategias más adaptativas frente al dolor y la pérdida progresiva de capacidades.

Además, como afirma García Hernández (2019), la tanatología también interviene en las diferentes fases del duelo, ayudando al doliente a aceptar la realidad de la pérdida, procesar el dolor emocional, adaptarse a un entorno sin el ser querido o la salud perdida, y reconectarse con la vida desde una nueva perspectiva existencial. En este mismo sentido, Kübler-Ross (2000) introdujo un modelo pionero de las cinco etapas del duelo —negación, ira, negociación, depresión y aceptación—, el cual sigue siendo una referencia en la comprensión de los procesos emocionales vinculados con la muerte y el morir.

Según De la Torre y Ramos (2022), en pacientes oncológicos la intervención tanatológica también tiene un impacto positivo sobre la comunicación familiar, facilitando espacios de despedida, perdón y reconciliación, que favorecen una muerte en paz. Este tipo de intervención no solo beneficia al paciente, sino que también disminuye la incidencia de duelo complicado en los familiares, lo que representa un importante factor de prevención en salud mental.

Finalmente, el trabajo del tanatólogo se ha ido integrando progresivamente en hospitales, centros oncológicos y equipos de cuidados paliativos, donde se valora su aporte para mejorar la calidad del acompañamiento emocional, tanto en los pacientes como en sus cuidadores (Bravo, 2017). Esta labor, basada en la escucha activa, la validación emocional y el respeto profundo por los valores y creencias del paciente, representa un puente entre la ciencia médica y la necesidad profundamente humana de ser acompañado en los momentos de mayor vulnerabilidad. Estudios recientes como el de Ortega y Páez (2023) recomiendan incluir la tanatología dentro de los planes de atención integral oncológica, no solo como atención finalista, sino como parte del proceso de adaptación desde el diagnóstico.

8.1.6 *Duelo anticipado y miedo a la muerte*

Pérdida de la salud, proyectos y autonomía

El diagnóstico de una enfermedad terminal, como el cáncer, representa una ruptura profunda en la narrativa vital del paciente, ya que se enfrenta no solo a la amenaza de la muerte, sino también a la pérdida progresiva de la salud, la autonomía y los proyectos personales. Según Fernández y Romero (2019), este tipo de diagnóstico desencadena un proceso de duelo anticipado, entendido como la respuesta emocional a una pérdida que aún no ha ocurrido, pero que es percibida como inminente. Este duelo anticipado afecta tanto al paciente como a sus seres queridos, generando un dolor psíquico que puede ser incluso más complejo que el duelo posterior a la muerte.

De acuerdo con Poch y Rueda (2021), la pérdida de autonomía genera un profundo sentimiento de vulnerabilidad y dependencia, lo que puede afectar la autoestima y la percepción de dignidad del paciente. En este sentido, el deterioro físico que acompaña al cáncer avanzado se traduce muchas veces en la imposibilidad de realizar actividades significativas o de mantener roles sociales previos, lo que intensifica el sufrimiento emocional y la sensación de pérdida del sentido de vida.

Por su parte, Kübler-Ross (2000) subraya que la conciencia de una muerte cercana obliga al paciente a confrontar su historia, sus pendientes y sus relaciones, haciendo aflorar emociones complejas que van desde la tristeza hasta la desesperación. A esta situación se suma la ruptura de los proyectos vitales: estudios, trabajo, planes familiares o sueños personales que quedan suspendidos o definitivamente cancelados, provocando sentimientos de frustración y duelo existencial (Rivera & Palacios, 2020).

Emociones frente a la finitud: miedo, negación, aceptación

El miedo a la muerte es una de las emociones más universales y al mismo tiempo más reprimidas en nuestra cultura. En el contexto oncológico, este miedo puede manifestarse en múltiples formas: desde ansiedad intensa, trastornos del sueño y ataques de pánico, hasta conductas de negación o evitación del tema (Ríos & López, 2018). Este temor no se limita a la

muerte en sí misma, sino también al proceso de morir, al dolor, al abandono, a la pérdida de control y al sufrimiento de los seres queridos.

Cortina (2015) propone que la negación inicial del diagnóstico o del pronóstico terminal es una estrategia psíquica de defensa que permite al paciente protegerse del impacto emocional y ganar tiempo para asimilar la realidad. Sin embargo, cuando esta negación se prolonga en el tiempo, puede obstaculizar los procesos de adaptación emocional y dificultar la toma de decisiones médicas informadas. En contraste, la aceptación, entendida no como resignación sino como comprensión activa del fin de la vida, permite un cierre emocional más sano y coherente (Martínez & Delgado, 2017).

Frankl (1991), en su enfoque de la logoterapia, señala que incluso en las condiciones más adversas, como el sufrimiento terminal, el ser humano conserva la capacidad de encontrar sentido. Esta perspectiva resulta esencial en el acompañamiento tanatológico, ya que permite reorientar la experiencia de la muerte desde una visión existencial hacia una oportunidad de reconciliación, perdón y sentido.

Acompañamiento tanatológico desde el diagnóstico

La tanatología, aplicada desde el momento del diagnóstico, brinda herramientas para enfrentar el duelo anticipado y el miedo a la muerte de manera integral. Según Arizmendi y Morales (2016), el acompañamiento tanatológico temprano contribuye a que el paciente pueda expresar sus temores, comprender el proceso que atraviesa, y comenzar un trabajo de cierre emocional y existencial que impacta positivamente en su calidad de vida.

Además, la presencia de un tanatólogo en los primeros momentos posteriores al diagnóstico permite disminuir el aislamiento emocional y romper con el silencio social que suele rodear el tema de la muerte (Guzmán & Rivas, 2020). En este sentido, se favorece la creación de un espacio seguro donde el paciente y su familia puedan abordar con libertad temas como el dolor, la espiritualidad, el perdón o los deseos para el final de la vida.

Estudios como el de Solórzano y Barragán (2021) demuestran que los pacientes que reciben acompañamiento tanatológico desde etapas tempranas del tratamiento oncológico muestran mayores niveles de bienestar emocional, menor incidencia de depresión clínica, y una mejor disposición para enfrentar decisiones difíciles como la limitación del esfuerzo terapéutico o los cuidados paliativos.

Este enfoque se alinea con el modelo de atención centrado en la persona propuesto por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2022), que resalta la necesidad de integrar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente para proporcionar una atención verdaderamente humanizada en los procesos de enfermedad avanzada.

8.1.7 Resignificación y sentido del proceso de enfermedad

Reconstrucción de sentido y espiritualidad

La experiencia de una enfermedad terminal como el cáncer en estadios avanzados puede convertirse en un desafío profundo no solo físico, sino también emocional y existencial. La espiritualidad, entendida como la búsqueda de sentido, propósito y conexión más allá de lo material, juega un rol crucial en la resignificación de la enfermedad. Según Pargament (2007), la espiritualidad puede actuar como una fuente de resiliencia en momentos de sufrimiento intenso, al ofrecer un marco interpretativo que da sentido a la experiencia del dolor y la proximidad de la muerte.

La resignificación del proceso de enfermedad implica un trabajo de introspección en el que el paciente, a través de diversos medios, como la reconciliación con su historia de vida o la reconexión con sus creencias espirituales, logra encontrar un propósito en medio del sufrimiento. Este proceso no solo mitiga el dolor emocional, sino que también tiene efectos positivos sobre el bienestar psicológico. En un estudio realizado por Duchesne y Kaul (2014), se concluyó que los pacientes que lograban resignificar su experiencia de enfermedad a través de prácticas espirituales o religiosas reportaban una mejor adaptación emocional, una reducción del estrés y una mejora en su calidad de vida.

Además, la investigación de Koenig (2018) refuerza la idea de que la espiritualidad y las prácticas religiosas están asociadas con una menor percepción de dolor y un mayor bienestar mental en pacientes con enfermedades terminales. Koenig señala que el fortalecimiento del vínculo espiritual proporciona consuelo y esperanza en situaciones límite, lo que ayuda a los pacientes a sentir un mayor control sobre su experiencia y aceptar su situación.

Rol del acompañamiento profesional y familiar

El acompañamiento profesional y familiar juega un papel fundamental en los cuidados paliativos, ya que aborda no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Según Rando (2000), la intervención en cuidados paliativos debe ser integral, trabajando de manera holística para mejorar la calidad de vida del paciente, apoyando a su familia y proporcionando los medios para afrontar el proceso de la enfermedad de manera digna.

El equipo de salud en cuidados paliativos, que incluye médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, es responsable de proporcionar un cuidado centrado en el paciente, lo que implica respetar sus deseos y valores, y facilitar su bienestar emocional en esta etapa final de vida. De acuerdo con Coyle y Patrick (2008), los equipos multidisciplinarios que involucran a profesionales con distintas especialidades permiten abordar las diversas necesidades de los pacientes y sus familias, lo que incrementa las posibilidades de que el paciente experimente una "buena muerte", libre de dolor y con un sentido de control.

Sin embargo, la familia también desempeña un rol crucial en el proceso de acompañamiento. Aunque las familias actúan como el principal soporte emocional del paciente, a menudo enfrentan dificultades para manejar el estrés asociado con el cuidado de un ser querido terminalmente enfermo. Según McMillan y Tittle (2017), las familias que reciben apoyo psicológico y educativo experimentan un menor nivel de estrés y una mayor satisfacción con el cuidado proporcionado. Además, los cuidadores familiares que reciben formación sobre cómo manejar los desafíos emocionales y prácticos del cuidado suelen estar mejor preparados para enfrentar la pérdida, lo que facilita un duelo más saludable.

Concepto de "buena muerte" y "buena vida" en el tiempo restante

El concepto de "buena muerte" hace referencia a un proceso de morir que respeta los deseos del paciente, minimiza el sufrimiento y permite una despedida digna. Según Saunders (2006), la "buena muerte" se logra cuando la atención se centra no solo en el control de los síntomas físicos, sino también en el bienestar emocional, psicológico y espiritual del paciente. Esto se logra respetando los deseos del paciente, evitando la medicalización excesiva y promoviendo una atmósfera de paz y serenidad.

El concepto de "buena vida" en el tiempo restante implica maximizar la calidad de vida durante la fase terminal, asegurando que el paciente pueda experimentar momentos de satisfacción, autonomía y conexión con sus seres queridos, incluso en los últimos días de vida. Como lo explica Cassell (2004), la "buena vida" no se refiere a la duración de la vida, sino a la calidad con la que se vive, enfocándose en la satisfacción de las necesidades emocionales y sociales del paciente.

Además, la planificación anticipada de la atención juega un papel fundamental en la consecución de la buena muerte. Según Rini y Ganz (2007), la planificación anticipada de la atención permite que los pacientes expresen sus deseos sobre el final de su vida, lo que facilita una atención personalizada que respeta sus valores y deseos. La planificación anticipada de la atención contribuye a que los pacientes mantengan el control sobre sus decisiones al final de la vida, garantizando que el proceso de morir se ajuste a sus expectativas.

Intervenciones psicológicas centradas en el sentido

Las intervenciones psicológicas en el contexto de los cuidados paliativos deben centrarse en ayudar al paciente a encontrar un sentido en su experiencia de enfermedad y muerte. Según Frankl (1991), la búsqueda de sentido es una motivación fundamental para el ser humano, incluso frente a la muerte. La logoterapia, que se basa en la premisa de que la vida tiene un sentido intrínseco, incluso en las circunstancias más adversas, ha demostrado ser una herramienta eficaz en este contexto.

La logoterapia se ha aplicado exitosamente en pacientes con cáncer terminal para ayudarles a encontrar propósito y significado en su sufrimiento, mejorando su bienestar emocional y la calidad de vida. Un estudio realizado por Fegg et al. (2004) encontró que los pacientes que participaron en intervenciones basadas en la logoterapia experimentaron menos síntomas de ansiedad y depresión, y reportaron un mayor sentido de paz y aceptación hacia su enfermedad.

Otras intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual y la asesoría espiritual también han demostrado ser eficaces. Según Vukasanovic et al. (2017), las intervenciones que abordan los aspectos espirituales y emocionales de los pacientes en cuidados paliativos, como la terapia cognitivo-conductual y la logoterapia, pueden reducir significativamente el malestar emocional, mejorar el bienestar psicológico y aumentar la calidad de vida.

Importancia de la narrativa como método para comprender experiencias subjetivas.

La narrativa se ha consolidado como una herramienta metodológica esencial en la investigación cualitativa, especialmente en el ámbito de la psicología clínica, al permitir una comprensión profunda de las experiencias subjetivas de los individuos. Este enfoque reconoce que las personas construyen y comunican el significado de sus vivencias a través de relatos, los cuales reflejan no solo eventos objetivos, sino también las emociones, interpretaciones y contextos que les otorgan sentido.

Garassini (2015), en su estudio sobre las narrativas de familiares de pacientes con cáncer, destaca cómo los relatos permiten acceder a las dimensiones emocionales y simbólicas de la experiencia del cuidado. A través de entrevistas semiestructuradas, identificó categorías como la secuencialidad de los eventos, las relaciones interpersonales y los procesos de transformación personal. Estos hallazgos evidencian que las narrativas no solo describen hechos, sino que también revelan cómo los individuos interpretan y se adaptan a situaciones complejas, como el acompañamiento a un ser querido en su proceso de enfermedad.

Asimismo, las narrativas ofrecen una ventana a la comprensión de los significados construidos por los sujetos en contextos de vulnerabilidad. Según Garassini (2015), los relatos de los cuidadores reflejan constructos como emociones, comunicación, quiebre biográfico, atención al enfermo y transformación. Estos elementos son fundamentales para entender cómo las personas enfrentan y resignifican experiencias que alteran su cotidianidad y percepción de sí mismos.

Desde una perspectiva teórica, la narrativa se alinea con el paradigma interpretativo, que valora la subjetividad y el contexto en la construcción del conocimiento. Bruner (1991) sostiene que las personas organizan su experiencia y memoria en forma de narrativas, las cuales les permiten dar coherencia a su vida y comprender su lugar en el mundo. En este sentido, la narrativa no solo es un medio de expresión, sino también una forma de conocimiento que facilita la comprensión de la experiencia humana en su complejidad.

En el contexto de la psicología clínica, la narrativa adquiere un valor terapéutico al permitir que los individuos elaboren y resignifiquen sus experiencias. El relato de eventos traumáticos o significativos puede facilitar procesos de afrontamiento, adaptación y crecimiento personal. Además, al compartir sus historias, los individuos pueden sentirse escuchados y validados, lo que contribuye a su bienestar emocional.

La narrativa como método de investigación cualitativa ofrece una vía privilegiada para comprender las experiencias subjetivas de los individuos. Al centrarse en los relatos personales, permite acceder a los significados, emociones y procesos de adaptación que caracterizan la vivencia humana, especialmente en contextos de enfermedad y cuidado. Por tanto, su incorporación en estudios psicológicos es fundamental para una comprensión integral y humanizada de los fenómenos estudiados.

8.2 Marco conceptual

Este apartado presenta los conceptos clave que permiten comprender e interpretar el fenómeno investigado: el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en adultos jóvenes. Dichos conceptos han sido seleccionados con base en los objetivos de la investigación y en los criterios de análisis definidos. A continuación, se describen y articulan los términos fundamentales que orientan la comprensión teórica y metodológica del estudio.

8.2.1 *Impacto Psicológico*

El impacto psicológico hace referencia a las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se desencadenan ante un evento percibido como amenazante, inesperado o potencialmente traumático. En el contexto del cáncer, dicho impacto se manifiesta a través de emociones como miedo, tristeza, ansiedad, negación, o desesperanza, así como pensamientos de carácter catastrófico y conductas de evitación o búsqueda de apoyo. Estas reacciones no solo afectan el estado emocional inmediato del paciente, sino que también inciden en su capacidad de adaptación, en su calidad de vida y en la percepción de su futuro.

Este fenómeno puede ser comprendido a la luz del modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1986), el cual sostiene que el modo en que una persona responde ante un evento estresante depende de dos tipos de evaluación: una evaluación primaria, en la que determina si el evento representa una amenaza, y una evaluación secundaria, en la que valora sus propios recursos personales y sociales para enfrentarlo. Estas evaluaciones subjetivas determinan las estrategias de afrontamiento desplegadas, ya sean centradas en el problema, en la emoción o en la evitación.

Desde una perspectiva existencial, Frankl (1991) argumenta que, ante situaciones de sufrimiento ineludible como la enfermedad, el ser humano conserva la libertad de actitud y la capacidad de encontrar sentido incluso en medio del dolor. Esta postura permite resignificar el impacto psicológico del diagnóstico, no como un obstáculo definitivo, sino como una oportunidad para el crecimiento personal, la transformación de valores y la reconstrucción del propósito vital. En este sentido, el impacto emocional no se reduce al daño psíquico, sino que también puede dar lugar a procesos de resistencia, resiliencia y adaptación positiva.

8.2.2 *Diagnóstico oncológico*

El diagnóstico oncológico constituye un evento disruptivo que transforma la percepción del cuerpo, del tiempo y del proyecto vital del individuo. Más allá de su dimensión médica, representa una ruptura con la expectativa de continuidad y estabilidad personal. Este momento suele estar cargado de incertidumbre, conmoción emocional y necesidad de reorganización del sentido de vida. En el caso de los adultos jóvenes, esta ruptura se intensifica, dado que suele irrumpir en una etapa de construcción de identidad, autonomía y futuro.

Desde una perspectiva existencial, Frankl (1991) plantea que situaciones como el diagnóstico de una enfermedad grave confrontan al individuo con el sufrimiento inevitable, pero también con la posibilidad de encontrar sentido incluso en el dolor. La noticia del cáncer puede entonces marcar un punto de inflexión en la biografía del sujeto, abriendo un espacio para la resignificación del yo y de la vida misma.

Por su parte, Yélamos (2008) destaca que el proceso diagnóstico genera una vivencia emocional intensa que afecta la estabilidad psíquica y provoca sentimientos de amenaza, pérdida y desestructuración. Esta etapa no solo requiere atención médica, sino también acompañamiento psicológico, ya que implica un cambio abrupto en la forma de entender el cuerpo, las relaciones y el horizonte vital.

8.2.3 *Relato de vida*

El relato de vida es una estrategia metodológica cualitativa que pertenece al enfoque narrativo-biográfico y que permite acceder al universo simbólico, emocional y experiencial del sujeto a través de la reconstrucción de su historia personal. Narrar la vida es un acto reflexivo mediante el cual el individuo organiza, selecciona y da sentido a los eventos significativos que lo han marcado, produciendo una interpretación de sí mismo y de su experiencia.

Chárriez (2012) señala que el relato de vida no solo es una técnica de recolección de datos, sino también una forma de validación existencial, ya que implica reconocer al participante como sujeto activo en la construcción de su historia. Esta metodología es especialmente útil en

contextos de enfermedad, donde la experiencia subjetiva no siempre puede ser expresada en términos clínicos o diagnósticos.

Por su parte, Bruner (1991) plantea que los seres humanos organizan su experiencia y su memoria en forma narrativa, y que esta forma de conocimiento es tan legítima como la lógica científica. Según este autor, los relatos de vida permiten acceder a las estructuras culturales, emocionales y cognitivas que el individuo utiliza para dar coherencia a su historia, y son una vía privilegiada para explorar procesos de identidad, crisis y transformación.

8.2.4 Afrontamiento

El concepto de afrontamiento fue introducido por Lazarus y Folkman (1984), y desde entonces se ha vuelto una pieza clave para entender cómo las personas enfrentan situaciones estresantes o dolorosas en sus vidas. Estos autores definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y que una persona realiza para manejar las demandas internas o externas que siente que superan sus capacidades o recursos. Es decir, no todas las personas viven el estrés de la misma forma, y cada una utiliza diferentes mecanismos para intentar adaptarse a lo que le ocurre. Este proceso no es estático, sino que se ajusta a medida que la situación avanza, y puede ser consciente o inconsciente. Por ejemplo, alguien que recibe un diagnóstico de cáncer puede, al inicio, sentirse desbordado, pero con el tiempo buscar apoyo emocional, informarse sobre su enfermedad o involucrarse activamente en su tratamiento como formas de afrontamiento.

Wiener y Dodd (1993), a través de su teoría de la trayectoria de la enfermedad, aportan una visión amplia y profunda sobre el afrontamiento, describiéndolo como un proceso altamente variable y dinámico. Según estas autoras, el afrontamiento no puede entenderse como una respuesta única o estática ante una situación difícil, sino como un conjunto de estrategias que las personas emplean para manejar las alteraciones que produce una enfermedad en sus vidas.

Estas estrategias no ocurren de forma aislada, sino que están profundamente influenciadas por el contexto vital, es decir, por la historia, el entorno, las relaciones y las circunstancias particulares de cada individuo. Esta teoría resulta especialmente útil para comprender la experiencia de quienes enfrentan enfermedades crónicas o graves, como el

cáncer, donde cada persona transita su camino de forma distinta, combinando formas diversas de adaptación, resistencia emocional y búsqueda de sentido ante la enfermedad.

8.2.5 Resignificación

De acuerdo con Cardona (2021), la resignificación es un proceso psicológico mediante el cual una persona logra darle un nuevo sentido o interpretación a una experiencia difícil, dolorosa o traumática. No se trata de negar lo vivido, sino de transformar la forma en que se comprende, integrándolo a la historia personal desde una mirada más constructiva. En el ámbito clínico, este concepto cobra gran relevancia cuando hablamos del cáncer, ya que el impacto del diagnóstico puede romper profundamente la forma en que la persona veía su vida, su cuerpo y su futuro.

Resignificar en este contexto significa reconstruir el sentido de vida a partir de la experiencia de la enfermedad, encontrando nuevas motivaciones, valores o prioridades. Este cambio de mirada permite que el cáncer no sea únicamente una fuente de sufrimiento, sino también una oportunidad para fortalecer vínculos, redefinir proyectos personales o redescubrir aspectos valiosos de uno mismo. Así como sucede con personas que han vivido experiencias extremas, resignificar les ha permitido transformar el dolor compartido en cohesión, aprendizaje y crecimiento interior.

Sierra González (2023) menciona que resignificar una experiencia no ocurre de manera inmediata, sino que es el resultado de un proceso reflexivo que permite mirar lo vivido desde otra perspectiva. A través de la resignificación, las personas transforman su percepción sobre lo que han experimentado, lo cual puede tener un impacto profundo en cómo entienden su historia y su presente. Este cambio de sentido puede dar lugar a una dignificación de los momentos vividos, otorgándoles un valor positivo, o también puede conducir a una reevaluación crítica que los devalúe.

8.2.6 Ruptura biográfica

La ruptura biográfica se entiende como un acontecimiento que irrumpe en la vida de una persona, transformando su rutina y la manera en que se relaciona con su entorno. Este concepto surgió inicialmente en el campo de la medicina, especialmente vinculado a enfermedades o

experiencias traumáticas, pero su aplicación se ha extendido al ámbito de lo social, donde permite analizar no solo lo físico, sino también lo emocional y simbólico de los eventos que marcan un antes y un después en la vida de alguien. Según Carballada (2018), la ruptura biográfica ofrece una forma de comprender cómo ciertos momentos críticos pueden ser oportunidades para tomar conciencia, reinterpretar lo vivido y comenzar un proceso de cambio en la propia historia personal.

Además, el análisis de estas experiencias se enriquece cuando se utilizan herramientas como los relatos de vida o las historias personales, ya que permiten conectar el pasado con el presente de quien narra. Estos relatos no solo informan, sino que también se convierten en espacios de intervención social, donde la persona se apropia de su historia y puede resignificarla desde una nueva perspectiva. Carballada (2018) explica que intervenir en lo social implica revisar las narrativas individuales en el marco de sus contextos históricos y sociales, permitiendo así comprender la situación que origina la demanda y acompañar en la construcción de nuevos sentidos. A través de este proceso, la recuperación de la propia historia se convierte en una herramienta de conocimiento, reflexión y transformación.

8.2.7 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que ha evolucionado desde su origen en la literatura socioeconómica hasta consolidarse como una categoría central en los estudios sobre salud, bienestar y subjetividad. Según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), su definición ha transitado de enfoques centrados exclusivamente en indicadores objetivos hacia una comprensión más amplia, que incorpora dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Para los autores, la calidad de vida debe analizarse desde la perspectiva de las percepciones, expectativas y valores que las personas atribuyen a su situación vital.

Desde un enfoque complementario, Salas y Garzón (2013) advierten sobre la tensión entre los métodos de medición cuantitativos estandarizados y la necesidad de considerar dimensiones subjetivas, como la percepción de bienestar, la satisfacción personal y el sentido de vida. Aunque reconocen que los instrumentos de evaluación son útiles para la gestión sanitaria,

las autoras alertan sobre el riesgo de invisibilizar la experiencia vivida del sujeto. Proponen, por tanto, una visión integradora que articule lo biológico, lo psicológico y lo social, entendiendo la calidad de vida como una vivencia situada, dinámica y profundamente relacional.

8.2.8 Vínculos afectivos

Los vínculos afectivos constituyen una dimensión estructurante del bienestar emocional, especialmente relevante en situaciones de enfermedad o vulnerabilidad. En su estudio sobre pacientes oncológicos, Pérez (2017) sostiene que los vínculos no solo ofrecen contención emocional, sino que inciden directamente en la percepción de calidad de vida. Desde un enfoque cualitativo, la autora evidencia cómo el acompañamiento afectivo —proporcionado por familiares, profesionales de salud o redes de apoyo— permite resignificar el sufrimiento, generando espacios de cuidado, reconocimiento y validación emocional.

De forma concordante, Rodríguez (2013) analiza el papel de los vínculos en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, destacando que más allá de su presencia, es la calidad del vínculo lo que resulta determinante para el desarrollo de estrategias de afrontamiento resilientes. Su investigación subraya que los vínculos afectivos no son estáticos, sino que se configuran a partir de la historia relacional, las expectativas mutuas y la disponibilidad emocional de quienes los integran. En ambas perspectivas, los vínculos emergen como un espacio simbólico donde se negocian significados, se reconstruye la identidad y se habilita una forma menos solitaria de transitar la enfermedad.

8.2.9 Narrativa y subjetividad

La narrativa es una herramienta fundamental en la construcción de la subjetividad, al permitir que los sujetos organicen su experiencia, le atribuyan sentido y la proyecten en el tiempo. Para Gil y Hernández-Hernández (2020), la subjetividad no es una esencia fija, sino un proceso dinámico que se configura a partir del lenguaje, las relaciones sociales y los marcos simbólicos que atraviesan la vida de las personas. Los autores proponen el concepto de subjetividad nómada, que se aleja de una visión homogénea o lineal de la identidad,

reconociendo la multiplicidad de significados que habitan la experiencia humana. En esta perspectiva, la narrativa no solo expresa la subjetividad: la construye.

En consonancia, Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) señalan que los relatos personales son clave en los procesos de adaptación y afrontamiento ante situaciones complejas, como la enfermedad. La manera en que los sujetos narran su historia influye en su percepción de bienestar, en su capacidad de resiliencia y en la forma en que se relacionan con su entorno. La narrativa autobiográfica, entonces, se convierte en un espacio de resignificación donde el sujeto reelabora su identidad y transforma la experiencia vivida en conocimiento subjetivo. Ambas perspectivas coinciden en que la subjetividad es una construcción situada, moldeada por el lenguaje, la historia y el contexto relacional.

IX. Marco metodológico

En este capítulo se presenta la estructura del marco metodológico que sustenta la presente investigación. El propósito de este apartado es describir y justificar las decisiones metodológicas adoptadas para explorar, a través de relatos de vida, el impacto psicológico que enfrentan los pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico. Se expone el enfoque cualitativo que orienta el estudio, así como el tipo de investigación según su aplicabilidad, profundidad y temporalidad, junto con el diseño metodológico. Además, se detallan la población y muestra, los criterios de selección, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la confiabilidad, la validez, la triangulación y el procedimiento de análisis. Todo ello responde a la necesidad de captar la profundidad y complejidad de las experiencias subjetivas de los pacientes, permitiendo una interpretación rigurosa, ética y contextualizada de los relatos obtenidos.

9.1 Enfoque cualitativo

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, dado que busca comprender, desde la perspectiva de los propios pacientes, la experiencia subjetiva y emocional vivida durante el proceso diagnóstico de cáncer. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), el enfoque cualitativo se orienta al estudio de fenómenos complejos que requieren ser comprendidos en su contexto natural, considerando los significados, interpretaciones y construcciones simbólicas de los actores sociales. Este tipo de enfoque resulta especialmente pertinente cuando se investiga la dimensión humana del sufrimiento, como ocurre en situaciones de enfermedad grave, en donde la objetividad de los hechos médicos no basta para captar la totalidad de la vivencia del paciente.

En este contexto, se adoptó un diseño narrativo, enmarcado dentro de las metodologías cualitativas. El enfoque narrativo se centra en la escucha activa y el análisis de los relatos de vida de los sujetos, con el propósito de comprender en profundidad sus trayectorias, emociones y modos de afrontar eventos significativos. En esta investigación, se empleó la técnica del relato de vida como herramienta metodológica principal para explorar cómo el diagnóstico de cáncer afecta psicológicamente a los pacientes, utilizando sus propias palabras, recuerdos y emociones como fuente de información esencial.

Este enfoque permitió captar cómo las personas interpretan, resignifican y reconstruyen los acontecimientos que han marcado su historia. En este caso, los participantes compartirán sus experiencias relacionadas con el diagnóstico oncológico, expresando lo que sintieron, pensaron y vivieron durante dicho proceso. El objetivo no es únicamente describir los hechos, sino comprender el mundo interno del sujeto, en términos de emociones, representaciones y recursos de afrontamiento movilizados. Tal como afirma Chárriez Cordero (2012), el relato de vida posibilita una mirada holística que articula el pasado, el presente y la proyección de futuro del individuo, revelando los sentidos que este atribuye a su experiencia.

De manera complementaria, se integró una perspectiva fenomenológica, la cual busca captar la esencia de las vivencias subjetivas, tal como son experimentadas por quienes las protagonizan. Este enfoque, es ampliamente utilizado en la investigación cualitativa en salud, no pretende explicar el fenómeno desde categorías teóricas previas, sino describirlo en su forma más pura y directa, desde el punto de vista de los participantes (Taylor & Bogdan, 1996). Donde el interés radica en comprender cómo los pacientes con cáncer vivencian el proceso diagnóstico, explorando sus emociones iniciales, sus pensamientos, sus percepciones del cuerpo, del entorno y del futuro, así como sus mecanismos de adaptación.

Ambos enfoques (narrativo y fenomenológico) permiten una aproximación respetuosa, profunda y situada a las experiencias de los participantes, favoreciendo la comprensión del impacto psicológico del cáncer más allá de lo observable y cuantificable. Su combinación contribuye a una lectura más rica del fenómeno, articulando el sentido que los sujetos construyen en torno a su enfermedad con los aspectos vivenciales que configuran su cotidianeidad emocional y existencial.

9.1.1 Tipo de estudio según aplicabilidad

La investigación se enmarcó dentro del tipo aplicado, ya que, se buscaba generar conocimiento para ser utilizado de forma directa en la práctica profesional de la psicología clínica, particularmente en el contexto de atención oncológica. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), la investigación aplicada se orienta a la resolución de problemas

específicos, y tiene como finalidad utilizar el conocimiento científico para intervenir, transformar o mejorar realidades concretas.

En este caso, se pretende comprender las experiencias subjetivas de pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico, mediante el análisis de sus relatos de vida. La finalidad no es únicamente interpretativa, sino también práctica, en tanto los hallazgos pueden ser utilizados para fortalecer los protocolos de acompañamiento psicológico en clínicas oncológicas, así como para sensibilizar a los profesionales de la salud respecto a los procesos emocionales que atraviesan los pacientes al recibir un diagnóstico de esta naturaleza.

Al dar voz a los propios pacientes, la investigación contribuyó a humanizar la atención en salud, promoviendo una visión más empática, centrada en el sujeto, y orientada a desarrollar intervenciones psicológicas ajustadas a las necesidades reales de quienes transitan una enfermedad crónica y potencialmente amenazante. Así, esta investigación no solo amplía el cuerpo teórico relacionado con los procesos psicooncológicos, sino que posee una clara utilidad práctica, al orientar acciones clínicas, educativas y formativas en el ámbito de la salud mental.

9.1.2 Tipo de estudio según profundidad

En relación con la profundidad del conocimiento, esta investigación se clasificó como descriptiva-explicativa, ya que permite abordar el fenómeno de manera integral: desde la observación detallada de las vivencias hasta la interpretación de los factores que influyen en las respuestas emocionales de los pacientes.

La dimensión descriptiva se manifiesta en el interés por reconstruir y presentar, con profundidad y fidelidad, las experiencias subjetivas de pacientes diagnosticados con cáncer. El propósito es identificar cómo se sienten, qué piensan y cómo reaccionan ante el diagnóstico, explorando emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad o la esperanza. A través de los relatos de vida, se accede a expresiones personales que permiten documentar de forma rica y contextualizada el impacto emocional de la enfermedad, sin alterar ni intervenir en el entorno del participante.

La finalidad de esta descripción es organizar e interpretar la realidad tal como es vivida por los sujetos, reconociendo tanto los elementos comunes como las particularidades que configuran su experiencia. Esta aproximación no busca establecer relaciones causales, sino comprender el fenómeno desde la perspectiva del sujeto.

Por su parte, en la dimensión explicativa se profundizó en los factores que influyen en las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales ante el diagnóstico; permitiendo indagar por qué los pacientes manifiestan determinadas respuestas psicológicas, considerando factores como el tipo de cáncer, el momento del diagnóstico, los antecedentes personales o los recursos de afrontamiento disponibles. Esta dimensión es especialmente valiosa, ya que, permitió la comprensión de la relación entre las vivencias iniciales y su efecto en la calidad de vida, identidad y vínculos sociales actuales de los pacientes.

9.1.3 Tipo de estudio según Tiempo

Desde una perspectiva temporal, esta investigación se enmarcó dentro de un diseño transversal, dado que la recolección de información se llevó a cabo en un único momento. Según Hernández Sampieri et al. (2014), los estudios transversales observan fenómenos tal como se manifiestan en un punto específico en el tiempo, sin establecer mediciones repetidas o seguimientos prolongados.

En este caso, se recopilaron los relatos de vida de los participantes mediante entrevistas realizadas en una etapa determinada del proceso oncológico, sin que ello implique una evaluación longitudinal. A este enfoque transversal se suma una dimensión retrospectiva, ya que los relatos se centran en reconstruir y reflexionar sobre eventos del pasado, particularmente en torno al momento del diagnóstico y las vivencias emocionales asociadas.

Este tipo de diseño resulta coherente con la metodología cualitativa empleada, ya que permite acceder a las experiencias vividas desde la perspectiva actual del sujeto, privilegiando su interpretación, sin necesidad de observar transformaciones a lo largo del tiempo. La finalidad, por tanto, es comprender el significado que los pacientes atribuyen a su experiencia pasada, y no predecir cambios futuros.

9.1.4 *Tipo de estudio según Diseño*

La investigación se clasificó, como un estudio de campo, ya que, la recolección de información se realizó directamente en el entorno natural, donde se desarrolla el fenómeno: la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, ubicada en la ciudad de Managua. Tal como afirman Hernández Sampieri et al. (2014), la investigación de campo implica la obtención de información desde el escenario real, sin manipulación de variables, lo que permite observar el fenómeno en su contexto cotidiano.

El contacto directo con los pacientes permitió contextualizar las narraciones y enriquecer la comprensión de las experiencias emocionales a través de la observación de comportamientos, gestos, expresiones y otras manifestaciones no verbales. Se utilizaron dos técnicas complementarias para la recolección de información, la entrevista semiestructurada, que facilitó la libre expresión de las vivencias en profundidad, y la observación no estructurada, que permitió captar elementos del lenguaje corporal o del entorno que aporten sentido a los relatos.

Realizar la investigación en el espacio clínico también favoreció la construcción de un vínculo de confianza entre el investigador y los participantes, condición fundamental para acceder a narraciones auténticas, lo que incide directamente en la calidad y riqueza del material analizado.

9.2 Enfoque cualitativo y relatos de vida

El relato de vida se considera una estrategia metodológica cualitativa, perteneciente al enfoque narrativo-biográfico. A través de esta metodología, se accedió a la experiencia subjetiva de los participantes, permitiendo reconstruir la trayectoria emocional, cognitiva y relacional vivida durante el proceso diagnóstico del cáncer. El relato de vida orienta tanto el diseño de la entrevista semiestructurada como el enfoque analítico que se utilizó para interpretar las narrativas obtenidas. No se concibe como un instrumento aislado, sino como una forma de construir y analizar conocimiento desde las voces de los participantes, respetando la complejidad de sus historias, significados y contextos.

Este enfoque es especialmente pertinente en el ámbito de la psicología clínica, ya que posibilita el acceso a dimensiones emocionales, simbólicas y sociales que no pueden ser

reducidas a cifras o categorías rígidas. Su principal valor radica en la posibilidad de captar la voz del sujeto, tal como éste construye y reconstruye el sentido de su experiencia, especialmente en situaciones complejas como el diagnóstico de una enfermedad grave.

Dentro de este enfoque, se ha seleccionado la metodología de los relatos de vida, una herramienta que busca explorar en profundidad la trayectoria vital de las personas a través de sus propios relatos, otorgando sentido a su experiencia individual y colectiva. De acuerdo con Chárriez Cordero (2012), el relato de vida constituye una técnica dentro de la metodología biográfico-narrativa que permite comprender cómo el sujeto organiza los acontecimientos de su vida, los resignifica y los vincula con sus emociones, decisiones y entorno social. Esta metodología reconoce que los seres humanos construyen sus identidades a través del lenguaje, y que contar la propia historia implica un ejercicio de reflexión, interpretación y afirmación del yo.

Los relatos de vida, señala Chárriez (2012), no solo aportan datos sobre los hechos biográficos de una persona, sino que permiten reconstruir los sentidos que esta otorga a su trayectoria vital. Este proceso se realiza a través del diálogo entre el investigador y el participante, quien no actúa como un objeto de estudio, sino como un informante clave, portador de conocimientos situados. La autora destaca que este tipo de relatos permiten recuperar dimensiones como la emoción, la incertidumbre, la memoria, el sufrimiento o la esperanza, elementos esenciales en contextos como el de la atención oncológica.

Este método ha sido especialmente valorado en áreas como la educación, la salud y las ciencias sociales, precisamente por su potencial para acceder a las experiencias vividas de sujetos en contextos de vulnerabilidad o cambio. En el caso de personas jóvenes diagnosticadas con cáncer, los relatos de vida permiten visibilizar cómo enfrentan una situación que transforma profundamente sus proyectos vitales, sus vínculos sociales y su sentido de futuro. A través del relato se accede no solo al acontecimiento del diagnóstico, sino al proceso emocional y simbólico que implica reconstruir una identidad atravesada por la enfermedad.

Además, esta metodología implica un posicionamiento ético fundamental: escuchar al otro, validar su experiencia y permitir que su voz sea parte activa en la producción de conocimiento. Como describe Chárriez (2012), el relato de vida es también una herramienta de

empoderamiento, ya que posibilita que las personas elaboren narrativas que den sentido a sus vivencias, generando comprensión y, en muchos casos, un efecto reparador.

El enfoque cualitativo y el uso de relatos de vida constituyen una elección metodológica coherente con los objetivos de esta investigación. Permiten acceder a las dimensiones profundas del impacto psicológico del cáncer desde una mirada humana y respetuosa, reconociendo en cada sujeto no solo a un paciente, sino a una persona con historia, vínculos y significados que merecen ser comprendidos en su totalidad.

9.2.1 Importancia de la narrativa como método para comprender experiencias subjetivas

La narrativa se ha consolidado como una herramienta metodológica esencial en la investigación cualitativa, especialmente en el ámbito de la psicología clínica, al permitir una comprensión profunda de las experiencias subjetivas de los individuos. Este enfoque reconoce que las personas construyen y comunican el significado de sus vivencias a través de relatos, los cuales reflejan no solo eventos objetivos, sino también las emociones, interpretaciones y contextos que les otorgan sentido.

Garassini (2015), en su estudio sobre las narrativas de familiares de pacientes con cáncer, destaca cómo los relatos permiten acceder a las dimensiones emocionales y simbólicas de la experiencia del cuidado. A través de entrevistas semiestructuradas, identificó categorías como la secuencialidad de los eventos, las relaciones interpersonales y los procesos de transformación personal. Estos hallazgos evidencian que las narrativas no solo describen hechos, sino que también revelan cómo los individuos interpretan y se adaptan a situaciones complejas, como el acompañamiento a un ser querido en su proceso de enfermedad.

Asimismo, las narrativas ofrecen una ventana a la comprensión de los significados contruidos por los sujetos en contextos de vulnerabilidad. Según Garassini (2015), los relatos de los cuidadores reflejan constructos como emociones, comunicación, quiebre biográfico, atención al enfermo y transformación. Estos elementos son fundamentales para entender cómo las personas enfrentan y resignifican experiencias que alteran su cotidianidad y percepción de sí mismos.

Desde una perspectiva teórica, la narrativa se alinea con el paradigma interpretativo, que valora la subjetividad y el contexto en la construcción del conocimiento. Bruner (1991) sostiene que las personas organizan su experiencia y memoria en forma de narrativas, las cuales les permiten dar coherencia a su vida y comprender su lugar en el mundo. En este sentido, la narrativa no solo es un medio de expresión, sino también una forma de conocimiento que facilita la comprensión de la experiencia humana en su complejidad.

En el contexto de la psicología clínica, la narrativa adquiere un valor terapéutico al permitir que los individuos elaboren y resignifiquen sus experiencias. El relato de eventos traumáticos o significativos puede facilitar procesos de afrontamiento, adaptación y crecimiento personal. Además, al compartir sus historias, los individuos pueden sentirse escuchados y validados, lo que contribuye a su bienestar emocional.

La narrativa como método de investigación cualitativa ofrece una vía privilegiada para comprender las experiencias subjetivas de los individuos. Al centrarse en los relatos personales, permite acceder a los significados, emociones y procesos de adaptación que caracterizan la vivencia humana, especialmente en contextos de enfermedad y cuidado. Por tanto, su incorporación en estudios psicológicos es fundamental para una comprensión integral y humanizada de los fenómenos estudiados.

9.2.2 Valor terapéutico y analítico del relato biográfico

El relato biográfico, en el contexto de la investigación cualitativa, no solo constituye una herramienta metodológica para la recopilación de datos, sino que también posee un profundo valor terapéutico y analítico. Esta dualidad se manifiesta especialmente en estudios relacionados con la salud, donde la narración de experiencias personales permite a los individuos procesar y dar sentido a eventos significativos de sus vidas.

Desde una perspectiva terapéutica, la elaboración de relatos biográficos facilita la expresión de emociones, la reflexión sobre experiencias pasadas y la construcción de una narrativa coherente de la propia vida. Este proceso puede ser particularmente beneficioso para pacientes que enfrentan enfermedades graves, como el cáncer, ya que les permite explorar y

resignificar sus vivencias, fortaleciendo así su capacidad de afrontamiento y resiliencia (Chárriez, 2012).

Analíticamente, los relatos biográficos proporcionan una rica fuente de información sobre las percepciones, creencias y significados que los individuos atribuyen a sus experiencias. Al analizar estas narrativas, los investigadores pueden identificar patrones, temas recurrentes y factores contextuales que influyen en la experiencia de la enfermedad y el proceso de adaptación. Este enfoque permite una comprensión más profunda y matizada de los fenómenos estudiados, superando las limitaciones de los métodos cuantitativos tradicionales (Chárriez, 2012).

Además, el relato biográfico promueve una relación más equitativa entre el investigador y el participante, reconociendo al individuo como un agente activo en la construcción de conocimiento. Esta perspectiva ética y humanista es fundamental en la investigación en salud, donde es esencial respetar y valorar la voz y la experiencia de los pacientes.

El relato biográfico ofrece un enfoque integral que combina la exploración terapéutica de la experiencia personal con un análisis profundo de los factores que influyen en la vivencia de la enfermedad. Su aplicación en la investigación cualitativa en salud permite no solo comprender mejor las experiencias de los pacientes, sino también desarrollar intervenciones más efectivas y centradas en la persona.

9.3 Definición operativa de categorías de análisis

En este apartado se da la estructura analítica que guió el proceso de interpretación de los relatos de vida recopilados durante la investigación. En el enfoque cualitativo, la definición operativa de las categorías permite organizar y comprender los significados expresados por los participantes, facilitando una lectura sistemática de sus experiencias subjetivas. A partir de los objetivos de estudio, se delimitan las categorías centrales, las unidades de observación, los campos de análisis y las unidades de análisis, lo que permite conectar los datos narrativos con los fenómenos psicológicos investigados. Esta operacionalización no pretende reducir la complejidad de los relatos, sino ofrecer una guía para identificar los temas clave, patrones

recurrentes y particularidades significativas que surgen en las vivencias compartidas por los pacientes con cáncer, específicamente durante el proceso diagnóstico.

9.3.1 Categoría: Estilo de vida previo al diagnóstico

- **Unidad de observación:** Descripciones sobre su cotidianidad antes de enfermar.
- **Campos de análisis y fundamentación teórica:**
 - **Identidad narrativa y roles sociales:** Antes del diagnóstico, la identidad del paciente se construía en función de roles familiares, laborales, sociales y personales. Comprender esta narrativa permite visualizar el contraste que genera la irrupción de la enfermedad en la autopercepción y el proyecto vital.
 - **Rutina cotidiana, autocuidado y percepción del cuerpo:** El relato sobre el estilo de vida previo refleja prácticas cotidianas, hábitos de autocuidado y la relación con el cuerpo antes de enfermar, lo cual permite interpretar la ruptura que implica la enfermedad desde una perspectiva simbólica y funcional.
 - **Vínculos afectivos y metas personales:** La red de relaciones significativas y los objetivos personales proyectados en el futuro configuran un marco de sostén emocional y motivacional. Su transformación a partir del diagnóstico permite evaluar el grado de afectación de la experiencia.
 - **Duelo por la pérdida del proyecto de vida previo:** El diagnóstico puede generar un proceso de duelo no solo por la salud, sino por los planes y sueños que quedan truncados. Este componente es clave para comprender la resignificación del presente y del futuro en el relato del paciente.

9.3.2 Categoría: Reacciones frente al diagnóstico

- **Unidad de observación:** Relatos sobre cambios tras recibir la noticia.
- **Campos de análisis y fundamentación teórica:**
 - **Reacciones cognitivas, emocionales y conductuales:** Las primeras semanas tras el diagnóstico muestran patrones de respuesta ante la crisis, que incluyen

pensamientos intrusivos, emociones como ansiedad o desesperanza, y conductas que reflejan el grado de impacto y adaptación inicial.

- **Evaluación primaria/secundaria (Lazarus y Folkman):** Según esta teoría, el paciente evalúa la amenaza (primaria) y luego sus recursos personales y sociales para enfrentarla (secundaria), lo cual determina la estrategia de afrontamiento que desplegará.
- **Afrontamiento centrado en problema/emoción:** Algunas personas buscan información, soluciones y planificación (afrontamiento centrado en el problema), mientras que otras gestionan sus emociones mediante apoyo, expresión emocional o evitación. Ambas estrategias pueden observarse en los relatos.
- **Aislamiento o búsqueda de apoyo:** El diagnóstico puede provocar un alejamiento social por miedo, vergüenza o sobrecarga emocional, o bien, puede activar una red de apoyo que ofrezca contención emocional y sentido de pertenencia, elementos clave en la adaptación.

9.3.3 Categoría: Calidad de vida tras el diagnóstico

- **Unidad de observación:** Vivencias sobre su estado emocional y funcionamiento actual.
- **Campos de análisis y fundamentación teórica:**
 - **Alteración de la autonomía y funcionalidad:** La enfermedad puede afectar la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, tomar decisiones o mantener independencia, lo cual repercute directamente en su percepción de calidad de vida y autoestima.
 - **Reconfiguración de metas personales:** Ante el diagnóstico, muchas metas deben ajustarse, postergarse o abandonarse. El proceso de adaptación implica una reconstrucción del proyecto vital en función de nuevas prioridades, recursos disponibles y sentido personal.
 - **Apoyo social, emocional y espiritual como factores protectores:** La calidad y disponibilidad de la red de apoyo incide en la vivencia del proceso. El

acompañamiento emocional, la empatía y la ayuda práctica contribuyen a reducir el estrés y facilitar la adaptación.

- **Logoterapia y la búsqueda del sentido en el cáncer:** Recuperar o redefinir el sentido de vida se vuelve crucial. Según Frankl, incluso en medio del sufrimiento se puede encontrar un propósito, lo cual promueve una actitud activa y resiliente frente a la enfermedad.

Como parte del desarrollo metodológico, se definieron las principales categorías de análisis en función de los objetivos del estudio. La Tabla 1 presenta la operacionalización correspondiente, la cual incluye las unidades de observación, campos de análisis, unidad de análisis e instrumento utilizado.

Tabla 1.

Matriz de Descriptores

Objetivos	Categorías	Unidad de Observación	Campos de análisis	Unidad de análisis	Instrumento
O.E.1. Conocer la dinámica de vida del paciente previo al proceso de diagnóstico	Estilo de vida previo al diagnóstico	Descripciones sobre su cotidianeidad antes de enfermar	Identidad narrativa y roles sociales Rutina cotidiana, autocuidado y percepción del cuerpo Vínculos afectivos y metas personales Duelo por la pérdida del proyecto de vida previo	Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer	Entrevistas semiestructuradas

Objetivos	Categorías	Unidad de Observación	Campos de análisis	Unidad de análisis	Instrumento
O.E.2. Identificar las principales reacciones en el comportamiento, cognición, estados de ánimo y emoción	Reacciones frente al diagnóstico	Relatos sobre cambios tras recibir la noticia	Reacciones cognitivas, emocionales y conductuales Evaluación primaria/secundaria (Lazarus y Folkman) Afrontamiento centrado en problema/emoción Aislamiento o búsqueda de apoyo	Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer	Entrevistas semiestructuradas
O.E.3. Analizar el impacto psicológico derivado de las reacciones en la calidad de vida actual del paciente	Calidad de vida tras el diagnóstico	Vivencias sobre su estado emocional y funcionamiento actual	Alteración de la autonomía y funcionalidad Reconfiguración de metas personales Apoyo social, emocional y espiritual como factores protectores Logoterapia y la búsqueda del sentido en el cáncer	Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer	Entrevistas semiestructuradas

Nota. Este cuadro de operacionalización presenta de forma resumida la vinculación entre los objetivos del estudio y las categorías de análisis, detallando las unidades de observación, los campos y unidades de análisis, así como los instrumentos empleados. *Fuente.* Elaboración propia (2025).

9.4 Población y muestra teórica

La población objeto de estudio estuvo conformada por pacientes mujeres, con edades comprendidas entre los 40 y 60 años, diagnosticadas con cáncer en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, ubicada en la ciudad de Managua. Esta población reviste especial interés por encontrarse en una etapa del ciclo vital caracterizada por transiciones personales, sociales y profesionales significativas, las cuales pueden verse profundamente alteradas por el impacto emocional y existencial de un diagnóstico oncológico.

Dado que esta investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, la selección de los participantes no pretende representar numéricamente a una población amplia, sino profundizar en los significados subjetivos que los individuos atribuyen a su experiencia. Por esta razón, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que permitió acceder a personas que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, que estaban disponibles y dispuestas a participar.

Asimismo, se recurrió a una muestra teórica, entendida como aquella que se selecciona intencionalmente con base en su capacidad para aportar información rica y significativa sobre el fenómeno investigado (Hernández Sampieri et al., 2014). En este caso, los sujetos seleccionados serán adultos diagnosticados con cáncer, que ofrecieron relatos de vida representativos sobre el impacto psicológico del proceso diagnóstico. Este tipo de muestra permitió enriquecer la comprensión del fenómeno a partir de casos especialmente ilustrativos.

El tamaño de la muestra estuvo determinado por el criterio de saturación teórica, es decir, el momento en que la información recopilada deja de aportar elementos novedosos al análisis. La muestra estuvo conformada por tres participantes, del sexo femenino.

9.5 Métodos y técnicas de recolección de información

La técnica principal de recolección de información fue la entrevista semi estructurada, la cual combina una guía de preguntas previamente definidas con la posibilidad de adaptar el diálogo en función de los temas emergentes durante la interacción. Este formato es especialmente adecuado en investigaciones cualitativas centradas en relatos de vida, ya que,

permite captar la complejidad y profundidad de las experiencias subjetivas sin imponer estructuras rígidas (Hernández Sampieri et al., 2014).

Las entrevistas semi estructuradas permiten al investigador abordar temas centrales del estudio mientras se mantiene sensible al lenguaje, ritmo y énfasis del entrevistado. Este tipo de técnica resulta particularmente pertinente en contextos clínicos, donde las dimensiones emocionales, simbólicas y sociales juegan un papel fundamental en la construcción del sentido.

En esta investigación, el formato de entrevista semi estructurada favoreció que los participantes se expresen libremente, compartiendo sus historias de vida en torno al proceso diagnóstico. El investigador fue el facilitador del relato, utilizando la escucha activa y el respeto por los tiempos del entrevistado para fomentar un ambiente de confianza que facilite la apertura emocional.

9.6 Validez y confiabilidad y triangulación de los instrumentos

En el marco de una investigación cualitativa, los criterios de validez, confiabilidad y triangulación se interpretan desde una lógica distinta a la investigación cuantitativa, priorizando la credibilidad, profundidad y coherencia interpretativa por encima de la generalización estadística (Hernández Sampieri et al., 2014).

La validez en esta investigación se refiere al grado en que los hallazgos que reflejen fielmente los significados atribuidos por los participantes a sus experiencias. Para garantizar esa validez, se diseñó una guía de entrevista semi estructurada basada en los objetivos y categorías teóricas del estudio, la cual se sometió a juicio de expertos, por profesionales de la psicología clínica con experiencia en oncología. En este proceso se aseguró la pertinencia, claridad y sensibilidad de las preguntas. Asimismo, se fomentó un ambiente empático y seguro durante las entrevistas, lo que llevó a obtener narraciones auténticas y emocionalmente significativas.

La confiabilidad se refiere a la consistencia del proceso de recolección y análisis de información. Para ello, se aplicó un formato uniforme de entrevistas, respetando las condiciones éticas y comunicativas para todos los participantes. Las entrevistas fueron grabadas (previo consentimiento informado) y transcritas de forma textual, garantizando un registro fiel del

discurso narrado. Este procedimiento permite volver a la información original en cualquier etapa del análisis y asegura la trazabilidad del proceso interpretativo (Taylor y Bogdan, 1987).

La triangulación se implementó en tres niveles: teórica, metodológica y de información. La triangulación teórica permitió analizar los relatos desde diferentes marcos conceptuales (logoterapia, afrontamiento, narrativa biográfica); la triangulación metodológica combinó entrevistas con observaciones no estructuradas, incluyendo elementos no verbales como gestos o silencios significativos; y la triangulación de información consistió en la comparación cruzada de los relatos obtenidos, identificando convergencias y divergencias en la experiencia del diagnóstico. Esta estrategia contribuirá a fortalecer la integridad y riqueza interpretativa del estudio.

9.7 Procedimientos para el procesamiento y análisis de información

El análisis de la información se inició con la transcripción literal y detallada de las entrevistas realizadas a los participantes, considerada no solo un paso técnico, sino también una fase analítica esencial en la investigación cualitativa. Transcribir palabra por palabra las narraciones permitieron captar la riqueza emocional, simbólica y discursiva del relato, así como los matices en el tono, pausas y expresiones significativas. Según Hernández Sampieri et al. (2018), la transcripción favorece la inmersión del investigador en los datos y posibilita una comprensión profunda del discurso desde su contexto natural.

9.7.1 Codificación

Una vez completada la transcripción, se procedió a la codificación temática abierta, identificando unidades de sentido directamente emergentes del discurso de los participantes. Este proceso consistió en segmentar las narraciones en fragmentos significativos y asignarles códigos interpretativos vinculados con los campos de análisis definidos en la matriz de criterios. En coherencia con el enfoque fenomenológico-narrativo, esta etapa buscó mantener la fidelidad a la experiencia subjetiva, respetando la voz de los pacientes y evitando imponer categorías externas (Flick, 2015).

La codificación (ver Anexo A1) permitió organizar la información en tres bloques narrativos principales: antes, durante y después del diagnóstico, que reflejan la secuencia temporal y emocional de las vivencias relatadas. En cada bloque, se identificaron subcategorías temáticas que responden a los objetivos específicos del estudio, tales como:

- Identidad narrativa y roles sociales, rutina cotidiana y autocuidado, vínculos afectivos, duelo por la pérdida del proyecto de vida previo.
- Reacciones cognitivas, emocionales y conductuales, estrategias de afrontamiento, búsqueda de apoyo.
- Alteración de la autonomía, reconfiguración de metas personales, apoyo espiritual y resignificación del sentido de vida.

Cada cita textual fue analizada en función de su contenido emocional, simbólico y cognitivo, y posteriormente integrada en una matriz de codificación, donde se estableció la relación entre las frases significativas, los códigos temáticos y las categorías analíticas del marco teórico. Este procedimiento facilitó el análisis transversal de los casos y la identificación de patrones comunes y diferencias individuales en la experiencia psicológica de los pacientes oncológicos.

9.7.2 Triangulación de la información

La triangulación constituye una estrategia metodológica esencial en los estudios cualitativos, ya que, permite fortalecer la validez interna y la confiabilidad interpretativa al contrastar información proveniente de diversas fuentes y perspectivas. Según Denzin (1978), la triangulación posibilita observar el fenómeno desde distintos ángulos, incrementando la profundidad y credibilidad de los resultados.

El propósito de la triangulación fue identificar convergencias, divergencias y particularidades en los relatos de tres participantes diagnosticadas con cáncer, contrastando sus experiencias con los postulados teóricos del marco referencial. De esta manera, se buscó no solo validar los hallazgos empíricos, sino también enriquecer la interpretación desde una mirada humanista y psicológica coherente con el enfoque fenomenológico-narrativo del estudio.

Se aplicaron los siguientes tipos de triangulación de acuerdo con los lineamientos propuestos por Flick (2004), para garantizar una comprensión integral del impacto psicológico del cáncer en pacientes adultos.

- **Triangulación de datos:** Se compararon transversalmente los relatos de tres participantes (S.B., J.2 y E.C.), analizando sus experiencias antes, durante y después del diagnóstico de cáncer, con el fin de detectar patrones compartidos y matices individuales.
- **Triangulación teórica:** Se integraron conceptos provenientes de la teoría del afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984), la logoterapia (Frankl, 1984), y los aportes de la tanatología (Kübler-Ross, 2000; Gómez Sancho, 2016) para interpretar las experiencias narradas desde diversas perspectivas psicológicas y existenciales.
- **Triangulación metodológica:** Se combinaron las entrevistas semiestructuradas con observaciones no estructuradas, valorando tanto el contenido verbal como las expresiones no verbales, los silencios y los tonos emocionales. Esta integración permitió captar dimensiones simbólicas y afectivas no siempre explícitas en el discurso.

En conjunto, la codificación, la triangulación y el análisis narrativo posibilitaron comprender el impacto psicológico del cáncer desde una perspectiva humanista, reconociendo en cada paciente no solo a un sujeto enfermo, sino a una persona que elabora, resignifica y transforma su experiencia a través del relato.

9.8 Consideraciones éticas

9.8.1 *Consentimiento informado*

Con el fin de garantizar los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, el desarrollo de la presente investigación estuvo precedido por la firma de un Consentimiento Informado por parte de cada una de las participantes. Este documento detalló de manera clara y comprensible los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y el compromiso estricto de confidencialidad y anonimato mediante el uso de seudónimos. Tal como lo plantea Mainetti (2014), el consentimiento en la investigación cualitativa no es un simple

trámite administrativo, sino un proceso dialógico que asegura que el sujeto de estudio comprenda su derecho a retirarse de la investigación en cualquier etapa de la misma, sin que esto suponga perjuicio alguno en su atención médica o personal. Asimismo, se garantizó el manejo ético de los relatos de vida, respetando en todo momento la integridad emocional de las pacientes frente a la narrativa de su enfermedad.

9.8.2 Criterios de inclusión de las pacientes

Para participar en esta investigación, los sujetos debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión, definidos con base en los objetivos del estudio, el diseño metodológico y el contexto clínico específico:

1. **Residencia en Managua o cercanías:** Se incluyeron únicamente pacientes que residían en Managua o zonas accesibles a la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, lo cual facilitó el contacto y seguimiento presencial para el desarrollo de las entrevistas.
2. **Atención en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral:** Las participantes estaban siendo atendidas, o haber sido recientemente atendidas, en la mencionada clínica, a fin de garantizar coherencia en las condiciones institucionales y contextuales del proceso diagnóstico.
3. **Rango de edad:** Se seleccionó a mujeres entre los 40 y 60 años, dado que este periodo del ciclo vital constituye una etapa en la que convergen múltiples transiciones personales, familiares y profesionales. Se trata de una etapa caracterizada por cambios significativos en la identidad, el rol social, la percepción del cuerpo y las responsabilidades de cuidado, lo cual enriquece el análisis de los procesos de afrontamiento, duelo y resignificación frente a la enfermedad. Este intervalo de edad favorece la obtención de relatos más complejos, coherentes y contextualizados, aportando mayor profundidad y riqueza al estudio cualitativo.
4. **Diagnóstico reciente de cáncer:** Las participantes debieron haber recibido un diagnóstico oncológico en los últimos seis meses. Esta delimitación permitió acceder a relatos narrativos en los que el impacto psicológico del diagnóstico se encuentre vigente, pero suficientemente elaborado como para ser verbalizado.

5. **Capacidad para participar en entrevistas narrativas:** Se incluyeron únicamente a personas que puedan expresar verbalmente sus experiencias, emociones y pensamientos, sin dificultades cognitivas o del lenguaje que interfieran en el proceso de comunicación.
6. **Disponibilidad y consentimiento informado:** Las participantes manifestaron su disposición voluntaria para participar en el estudio, firmando el consentimiento informado correspondiente, tras recibir información clara sobre los objetivos, procedimientos y carácter confidencial de la investigación.
7. **Estabilidad clínica para participar:** No se exigió una condición física óptima, aunque las participantes debieron estar en condiciones clínicas estables al momento de la entrevista, para asegurar que el proceso no interfiera con su tratamiento ni comprometa su bienestar.

X. Resultados

Los resultados de esta investigación presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los relatos de vida de tres mujeres diagnosticadas con cáncer y atendidas en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral. Sus relatos permiten comprender, desde una perspectiva humana y psicológica, cómo vivieron el proceso previo al diagnóstico, el impacto emocional del momento en que recibieron la noticia y la forma en que han reorganizado su vida después de la enfermedad.

En el primer apartado se exponen las narrativas reconstruidas a partir de sus testimonios, destacando los eventos significativos que marcaron sus experiencias personales, sus vínculos, sus miedos y sus fuentes de fortaleza. En el segundo apartado se desarrolla el análisis interpretativo, donde se examinan sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, así como los recursos de afrontamiento, apoyo social y búsqueda de sentido que emergen del diagnóstico oncológico.

Estos resultados permiten reconocer cómo las participantes resignifican su historia, elaboran procesos de adaptación y encuentran nuevas formas de comprender su vida en medio de la enfermedad, convirtiendo sus relatos en un ejercicio de expresión, dignificación y esperanza.

Capítulo I. Relatos de vida: Cuando la vida se interrumpe

El presente capítulo reúne los relatos de vida de tres mujeres. Sor, Jasmina y Elizabeth, que, desde distintos caminos, enfrentaron el cáncer como una experiencia que trastoca, enseña y transforma. Cada relato es una ventana a la vivencia humana detrás del diagnóstico, donde el dolor físico se entrelaza con la fortaleza espiritual, y donde la enfermedad deja de ser únicamente un proceso médico para convertirse en una búsqueda profunda de sentido.

Nos invitan a mirar el cáncer no solo como amenaza, sino como un territorio de transformación y encuentro consigo misma. A través de sus palabras, emergen los procesos de afrontamiento, resignificación y esperanza que acompañan a quienes transitan por esta experiencia.

Narrar sus relatos es un ejercicio de visibilización y dignificación. No se trata únicamente de exponer el dolor o la pérdida, sino de reconocer la capacidad de agencia, los procesos de

resistencia y las aspiraciones que persisten más allá de la enfermedad. Desde sus voces se revela la fuerza con la que las personas resignifican su existencia frente a la fragilidad, transformando la experiencia del cáncer en un camino de autodescubrimiento, fe y reconstrucción del sentido de vida.

Estas narrativas, contadas desde la intimidad de lo vivido, conducen a reflexionar sobre la necesidad de reconocer a las y los pacientes oncológicos como sujetos activos, con trayectorias vitales diversas, con sueños, convicciones y proyectos que trascienden el diagnóstico. Sus palabras, cargadas de fe, coraje y esperanza, constituyen una forma de resistencia simbólica frente al sufrimiento, y un llamado a construir miradas más humanas, empáticas y justas sobre la enfermedad, la salud y la vida misma.

Jasmina Paredes

Este relato nos invita a conocer a Jasmina, una mujer llena de resiliencia y visión positiva. A través de sus pensamientos y emociones más profundas, descubriremos cómo enfrenta un proceso difícil que ha atravesado en su vida, lo que le ha impactado de forma física y emocionalmente. Pero, ¿quién es realmente Jasmina?

Jasmina, a sus sesenta años, es una mujer que transmite amor hacia los demás. Su vida, marcada por la dedicación y el compromiso, ha estado guiada por una profunda espiritualidad que le ha permitido enfrentar las dificultades con esperanza y gratitud. Durante muchos años se dedicó con pasión a su salón de belleza, un espacio donde no solo embellece a las personas, sino que también ofrecía escucha, consejo y compañía, dejando en cada cliente una huella de calidez y humanidad. Fuera del trabajo, encuentra plenitud en lo cotidiano: compartir con su familia, cuidar de sus mascotas, atender su hogar y cultivar sus plantas, las cuales reflejan su amor por la vida y su naturaleza paciente y amorosa.

Enfrentar el cáncer fortaleció aún más su fe y su visión positiva del mundo. Jasmina no se define por la adversidad, sino por su manera de afrontarla: con serenidad, optimismo y una sonrisa que inspira confianza. Su historia es la de una mujer que ha hecho del amor, la fe y la resiliencia los pilares de su vida, recordando que la verdadera belleza se encuentra en el alma que sigue floreciendo, incluso en los momentos más difíciles.

El llanto que también sana

“Muchas mujeres han muerto de esta enfermedad...”

El relato de la protagonista comienza en la sencillez del trabajo cotidiano. Desde los catorce años, la estética no fue solo una ocupación, sino el espacio donde construyó su identidad, independencia y sentido de utilidad en el mundo. Su vida transcurría entre tijeras, tintes y conversaciones, hasta que la enfermedad irrumpió, obligándola a detenerse por primera vez después de décadas de dedicación ininterrumpida. Esa pausa no fue voluntaria; fue consecuencia del cáncer, una palabra que cambió el ritmo de su existencia.

El diagnóstico llegó de manera inesperada, casi accidental. Ella no acudió a consulta por sí misma, sino para acompañar a su esposo, quien presentaba síntomas preocupantes. En ese acto sencillo de cuidado surgió el giro de su propia historia. Una solicitud rutinaria de ultrasonido, motivada por antecedentes médicos personales, terminó revelando algo que nadie sospechaba. La sorpresa inicial abrió paso a una secuencia de exámenes, dudas e indicaciones urgentes, donde el cuerpo comenzó a mostrar lo que había permanecido oculto: un tumor en los ovarios.

El proceso fue acelerado por la intervención de su hermana, médica, quien no permitió que los tiempos institucionales se impusieran sobre la urgencia. “Un cáncer no puede esperar”, fue la frase que guió la decisión de recurrir al sector privado, garantizando una cirugía temprana. La operación confirmó que el tumor estaba encapsulado y permitió su extracción exitosa. Agradecida y aliviada, creyó haber dejado atrás esa batalla.

Pero la vida, a veces, no concede treguas inmediatas. Con el paso del tiempo, otro desafío emergió: un cáncer de mama, silencioso y profundo, difícil de detectar aún con múltiples estudios. La insistencia médica y la precisión diagnóstica permitieron identificarlo a tiempo. Nuevamente, la cirugía se convirtió en la vía para preservar la vida. La mastectomía fue una experiencia dura, dolorosa y confrontante, no solo en lo físico, sino también en lo emocional. La cicatriz que ahora observa, a veces con lágrimas, simboliza una lucha íntima con la pérdida, la supervivencia y el reconocimiento de la propia vulnerabilidad. “Es bien traumático, hay días que soy bien llorona, donde yo me miro la cicatriz, me parece mentira, pero, gracias a Dios lo lograron encontrar, porque muchas mujeres han muerto de esta enfermedad”, expresa, evocando uno de los episodios más dolorosos y significativos de sus sesenta años de vida.

Su recorrido refleja una mezcla de fortaleza y fe. A pesar de los momentos de temor, incertidumbre y duelo por las partes del cuerpo perdidas, emerge en su relato un profundo agradecimiento: haber llegado a tiempo, haber contado con apoyo familiar, haber sido atendida por profesionales persistentes. También reconoce la realidad dolorosa de aquellas mujeres que no logran detectarlo a tiempo.

En su relato, la enfermedad no solo irrumpe en la biografía de una trabajadora incansable; se convierte en un llamado a valorar el cuerpo, a escuchar lo que a veces calla y a reconocer que la vida puede cambiar de rumbo en un instante. Hoy mira su vida con una mezcla de asombro, gratitud y humanidad. Su experiencia, marcada por la fe, la resiliencia y el acompañamiento cercano, se convierte en testimonio de que la enfermedad no solo amenaza, sino también transforma, obligando a detenerse, sentir y luchar por la propia existencia.

“Cuando me veo en el espejo... a veces me miro como un monstruo”.

El cáncer de mama representó para Jasmina una de las experiencias más desafiantes y emocionalmente impactantes de su vida. Más allá del diagnóstico médico y las intervenciones quirúrgicas, la transformación física vinculada al proceso llevó consigo una profunda confrontación con su autopercepción y su identidad personal. La mastectomía no solo modificó su cuerpo, sino también la manera en la que Jasmina se miraba, se aceptaba y se reconocía como mujer.

En los primeros meses posteriores a la cirugía, el contacto con su propia imagen se convirtió en un acto doloroso. Mirarse al espejo implicaba enfrentarse a una realidad marcada por la cicatriz, símbolo visible de la batalla librada por su salud, pero también de una pérdida que trascendía lo físico. Jasmina expresa con sinceridad la dureza de este periodo:

“Cuando miro el rostro de las demás mujeres, yo me siento chiquita, como una hormiguita... Y eso es lo que nadie sabe, pero como mujer yo me siento mal, siento como que ya no soy una persona normal. Cuando me veo en el espejo, a veces me miro como un monstruo”.

La magnitud emocional de este impacto la llevó, incluso, a retirar el espejo de su habitación. Evitar su reflejo se convirtió en un mecanismo temporal para no confrontarse con el

dolor, mientras procesaba la ruptura entre la imagen corporal que conocía y la nueva realidad impuesta por la enfermedad. Sin embargo, ese distanciamiento no fue permanente.

Gradualmente, y fortalecida por la oración y su fe, Jasmina inició un proceso de reconciliación consigo misma. Colocar nuevamente el espejo en su cuarto simbolizó un acto de aceptación, valentía y resignificación de su cuerpo. A través de lágrimas, aprendió a mirarse con gratitud, reconociendo en su cicatriz no solo una pérdida, sino también la evidencia de su supervivencia.

Paralelamente, durante el tratamiento médico buscó mantener elementos de su identidad femenina y vitalidad. El uso de pelucas, pañuelos coloridos y accesorios llamativos fue una estrategia para preservar su autoestima y sostener emocionalmente la idea de continuidad en medio del cambio. Sin embargo, las noches revelaban la vulnerabilidad que habitaba detrás de esos adornos. Jasmina recuerda:

“Me arreglaba y trataba de verme bonita, pero al llegar la noche, al quitarme todo, la realidad me derrumbaba. Lloraba como una niña al verme sin cabello, y cuando se me cayeron las pestañas fue aún más doloroso, porque ya no podía disimular mi tristeza. Perder las uñas fue otra herida más, no solo física, sino del alma. Fue un proceso duro, pero también un camino para reconocermi y aceptarme desde mi propia fragilidad”.

Este periodo estuvo acompañado de temores profundos, entre ellos el miedo a morir mientras dormía. La percepción de fragilidad física y la incertidumbre cotidiana despertaban ansiedad, convirtiendo el descanso nocturno en un espacio cargado de inquietud. En ese contexto, el acompañamiento emocional de su esposo fue crucial. Su presencia constante y afectuosa actuó como sostén y refugio emocional, afirmando en Jasmina un sentido de seguridad, pertenencia y protección. Su abrazo y cercanía amortiguaron los momentos de mayor angustia y reforzaron la convicción de que la lucha por la vida no se enfrentaba en soledad.

En conjunto, la experiencia de Jasmina evidencia que el impacto del cáncer de mama trasciende la dimensión biomédica: implica una transformación profunda en la autoimagen, el sentido de identidad y la vivencia emocional de la persona. Su proceso no solo habla de dolor y pérdida, sino también de reconstrucción interna, fe, resiliencia y la potencia del apoyo afectivo como herramienta fundamental para sobrellevar la enfermedad.

“Durante mi proceso de diagnóstico, lloré como una niña”

En la etapa posterior a su recuperación, Jasmina ha asumido un rol que trasciende la experiencia personal del cáncer. Su proceso no culminó con la finalización del tratamiento o la estabilización de su salud; por el contrario, se transformó en un compromiso profundo con el servicio y el acompañamiento a otras personas que transitan por el mismo camino que ella recorrió. Convertida en una figura de apoyo emocional y espiritual, su vida se ha resignificado a través del acto de acompañar, consolar y ofrecer esperanza desde la vivencia propia del dolor, la fe y la resiliencia.

En su comunidad, Jasmina es reconocida como un apoyo cercano para pacientes con cáncer. Sus visitas y acompañamiento no buscan protagonismo ni reconocimiento; nacen desde la compasión y la solidaridad. Con una presencia serena y empática, comparte palabras de consuelo, escucha con atención y ofrece la calidez que solo puede transmitir quien ha experimentado el peso de la incertidumbre y el temor, y ha encontrado en su espiritualidad una fuente para sostenerse.

Ella misma lo expresa al recordar su disposición a acompañar a quienes no contaban con compañía durante procesos médicos: “Yo era de las personas que, si usted no tenía quien la cuidara, yo me metía al hospital y salía con usted hasta que lo operaran”. Este acompañamiento, según relata, antecede incluso a su propia enfermedad, y adquiere hoy un significado aún más profundo. Jasmina reconoce que nunca imaginó convertirse en paciente, ni atravesar el dolor que tantas veces presenció en otros. Sin embargo, esa experiencia no disminuyó su deseo de ayudar; por el contrario, fortaleció su empatía y su vocación de servicio. La vida, en su relato, pareciera enseñarle que quien en algún momento sostiene a otros, también aprende el valor de ser sostenido.

La dimensión espiritual ocupa un lugar central en su misión actual. La oración, la gratitud y la fortaleza en la fe se han convertido en recursos que ofrece a quienes acompañan el proceso oncológico. Con voz serena y mirada empática, comparte su mensaje a quienes inician este trayecto lleno de incertidumbres: “Yo entiendo muy bien lo que las personas están pasando

durante este proceso, no es fácil. Pero si nosotros nos agarramos de la mano del Señor, lo superamos”.

Su discurso integra la experiencia de vulnerabilidad y la certeza de la esperanza, vinculando la vivencia emocional del cáncer con una lectura espiritual del sufrimiento. Al evocar la metáfora del alfarero como símbolo de transformación y propósito, subraya la creencia de que el dolor puede ser un proceso formativo, donde la fe actúa como herramienta para sostener y reconstruir el espíritu. Sus palabras reflejan este entendimiento profundo: “Cuando empiece tu proceso, vas a llorar como una niña, vas a decaer, te vas a encerrar, no lo vas a creer. Pero si tú doblas rodillas y le pides a Dios de todo corazón, él te va a levantar y te va a restaurar”.

El relato de Jasmina trasciende así la narrativa de supervivencia biomédica para inscribirse en una dimensión de sentido, servicio y trascendencia. Su experiencia, lejos de culminar con la superación clínica de la enfermedad, se ha convertido en fuente de acompañamiento y esperanza para otros. Cada palabra que pronuncia, cada visita que realiza y cada gesto de consuelo que ofrece da cuenta de la transformación del sufrimiento en propósito.

Jasmina no solo ha sobrevivido al cáncer; ha decidido convertir su vivencia en un puente hacia otros, reafirmando que el dolor puede resignificarse y que la fe, compartida desde la experiencia, tiene capacidad sanadora. Su caminar actual ilumina el tránsito de quienes aún enfrentan el proceso, recordando que la enfermedad no solo puede ser enfrentada, sino también trascendida, y que el acompañamiento humano y espiritual constituye una fuerza vital en ese recorrido.

El proceso de la quimioterapia

El proceso de quimioterapia representó para Jasmina una de las etapas más sensibles y emocionalmente demandantes dentro de su trayectoria oncológica. En este espacio, donde convergen incertidumbre, dolor físico y fragilidad emocional, ella vivió una experiencia de profunda confrontación consigo misma y con la realidad compartida de otras personas que también atravesaban la enfermedad. Jasmina describe este periodo como un escenario donde el cuerpo se debilita y el espíritu se expone a su mayor vulnerabilidad, pero también como un momento en el que la fe adquirió un papel central y transformador.

Comparte la intensidad emocional del ambiente en la sala de quimioterapia: un lugar donde las lágrimas fluyen incluso sin intención, donde el impacto de ver a otros pacientes llorar provoca una respuesta empática y refleja, y donde la sensación de pequeñez y fragilidad parece envolver a todos. “Cuando miro a la gente que entra a quimioterapia yo digo: Señor, dale fortaleza, porque ahí lloras, aunque no quieras llorar hay que llorar. Te sentís más chiquita que una hormiguita”, expresa, evidenciando cómo el espacio se convierte en un territorio donde el sufrimiento individual se transforma en una experiencia colectiva.

No obstante, en medio de ese escenario de dolor, la espiritualidad emerge para ella como un refugio y un motor de fortaleza. Jasmina relata que al entrar oraba no solo por sí misma, sino también por quienes la acompañaban en ese proceso. Esa oración compartida generaba un ambiente distinto, un alivio emocional que ella describe como un “airecito tan suavequito”, capaz de traer calma y disminuir el llanto. La sala, entonces, dejaba de ser únicamente espacio de sufrimiento para convertirse en un lugar de consuelo espiritual y solidaridad humana.

Este acto de oración trascendió la esfera personal, transformándose en un gesto de acompañamiento hacia otros pacientes. Jasmina no solo pedía por su bienestar, sino que intercedía por quienes lloraban, por quienes se sentían solos y por quienes experimentaban ese dolor indescriptible que, según afirma, solo se comprende plenamente cuando se vive. Su presencia, oraciones y palabras de consuelo provocaban, en muchas ocasiones, que los demás dejaran de llorar y encontraran un momento de paz en medio de la angustia. Así, la quimioterapia no solo fue un tratamiento médico para ella, sino también un escenario donde ejerció un acompañamiento espiritual compasivo y empático.

El proceso también representó un ejercicio de comprensión profunda. Jasmina reconoce que, antes de su propia enfermedad, acompañaba a otros pacientes con cáncer y buscaba consolarlos desde la palabra y la fe, aun sin lograr entender completamente la dimensión emocional de su sufrimiento. “Yo asistía a personas que no tenían quien las cuidara... les decía vamos a orar. Y no entendía por qué lloraban. Ahora entiendo porque lloraban: porque sentían vacío, porque se sentían solas, porque sentían un dolor que no podés explicar”, reflexiona. Esta experiencia otorga a su vivencia un sentido transformador y empático: la enfermedad le permitió comprender desde la vivencia aquello que antes solo podía intuir desde la compasión.

La quimioterapia para Jasmina no solo fue un tratamiento médico, sino un proceso espiritual y emocional profundo. Constituyó un periodo donde el dolor, la angustia y la vulnerabilidad convivieron con la fe, la empatía y la conexión humana. A través de su relato, emerge una visión en la que el sufrimiento compartido se convierte en la base para el acompañamiento, la oración adquiere un valor sanador y la fe se manifiesta como una fuente inagotable de paz, esperanza y fortaleza frente a la adversidad.

Fe, apoyo conyugal y afrontamiento espiritual frente a la ansiedad

El acompañamiento conyugal se constituyó para Jasmina en un pilar fundamental durante su proceso oncológico. Su esposo, presente en cada momento de vulnerabilidad, asumió un rol activo en su cuidado emocional y físico. No solo compartió con ella los silencios y temores propios del diagnóstico, sino que también se convirtió en su sostén diario, un refugio en medio del desconcierto. Jasmina relata que, en los días más difíciles, temía quedarse sola incluso en acciones cotidianas, como ir al baño o tomar una ducha.

La presencia de su esposo, tomándole la mano, se transformaba en una fuente de calma ante la incertidumbre y el miedo. Para ella, ese gesto representaba la fuerza que necesitaba, aunque reconoce que, más allá del cariño humano, atribuía esa fortaleza a Dios, a quien consideraba su verdadero sostén espiritual. Su esposo respondía con constancia y sensibilidad a las necesidades que surgían en este periodo. Preparaba sus alimentos, organizaba sus batidos matutinos y procuraba crear un entorno de cuidado para los días en que la ansiedad y el temor parecían desbordarla. Ante cada crisis emocional, él reafirmaba su compromiso mostrándole que no atravesaría ese proceso sola. “Vamos hasta el final”, era la frase que, según Jasmina, escuchaba como recordatorio de que el amor y el acompañamiento podían sostenerla incluso en los momentos más oscuros.

Sin embargo, más allá del apoyo afectivo, la vivencia emocional de Jasmina estuvo marcada por episodios intensos de ansiedad y sensación de asfixia. Relata que, en algunos momentos, el miedo la paralizaba y experimentaba síntomas físicos que le impedían caminar, respirar con normalidad o controlar las sensaciones corporales. Ante ese desbordamiento emocional, su respuesta inmediata fue recurrir a la oración. Se arrodillaba, clamaba al Señor y

pedía paz para su espíritu, reconociendo que solo en su fe encontraba alivio ante el temor y la incertidumbre.

En esos instantes críticos, la espiritualidad adquirió una dimensión tangible. Jasmina encendía el televisor buscando mensajes religiosos, escuchaba música cristiana, cantaba y oraba como un acto de conexión profunda con su fe. Describe que, al hacerlo, percibía una transformación interna: una sensación de aire fresco, de tranquilidad que envolvía su cuerpo y mente, devolviéndole la calma. Para ella, esa experiencia representaba la presencia divina acompañándola en el momento más frágil de su existencia, fortaleciendo su espíritu cuando las emociones parecía rebasarlo todo.

El afrontamiento espiritual se convirtió, así, en un recurso cotidiano. La oración era su refugio, su medio para recuperar el equilibrio, y su espacio de catarsis emocional. Entre lágrimas, súplicas y alabanzas, Jasmina expresaba su temor, su arrepentimiento y su deseo de ser guiada, evocando la metáfora bíblica del alfarero, quien moldea con paciencia aquello que será transformado. Al clamar a Dios, sentía que la angustia retrocedía y regresaban la serenidad y la claridad necesarias para continuar.

Al mismo tiempo, encontró en la actividad física y en el movimiento continuo otra forma de enfrentar la ansiedad. Le resultaba imposible permanecer en reposo cuando experimentaba temor; necesitaba ocuparse, moverse, ordenar, limpiar y cultivar su jardín. Su hogar y sus animales se convirtieron en parte de su proceso terapéutico. Cuidar a sus ocho perros, alimentar y bañar a sus tortugas y loras, ordenar su cuarto, limpiar su porche, regar y trasplantar plantas fueron actividades que le permitieron canalizar la energía emocional, dar estructura a sus días y construir un sentido de propósito cotidiano más allá de la enfermedad.

El jardín, especialmente, representó un símbolo de vida y crecimiento. Jasmina experimentaba alivio al sembrar, observar el brote de nuevas plantas y ver cómo la naturaleza respondía a su cuidado, aun en los días donde la ansiedad parecía consumirla. Cada planta que lograba prosperar reafirmaba su propia capacidad de resistir, sanar y renacer, convirtiéndose en un reflejo de su proceso emocional y espiritual.

En este camino, Jasmina desarrolló también técnicas de respiración consciente: inhalar profundamente, exhalar lentamente y repetir el ejercicio hasta que la calma regresara. Esta

práctica, acompañada de oración constante, le permitió recuperar el control sobre su cuerpo y su mente, experimentando paz tras cada episodio de crisis. Reconoce que los temblores, el frío repentino, la sensación de ahogo y el miedo intenso fueron parte de su realidad; sin embargo, también afirma que su fe fue la herramienta que le permitió sobreponerse en cada ocasión.

Su relato evidencia que el proceso de enfermedad no fue únicamente físico, sino también psicológico y espiritual. Jasmina vivió momentos de ruptura emocional, miedo y paralización, pero encontró en la comunión con Dios y en el amor incondicional de su esposo la fuerza para continuar. Cada oración, cada lágrima derramada de rodillas, cada planta sembrada y cada mano tomada en silencio constituyen hitos en su camino de afrontamiento y resignificación. Hoy afirma que la paz que experimenta no proviene de la ausencia de dificultades, sino de la certeza de que nunca estuvo sola en su dolor.

Bertha del Carmen

Bertha del Carmen Luna Dumas es una mujer de profunda vocación religiosa y espíritu sereno, cuya vida ha estado marcada por la fe, el servicio y la enseñanza. Nacida en Nicaragua, vivió gran parte de su misión en Guatemala, donde dedicó años de entrega a la educación de niños y jóvenes en comunidades vulnerables. Desde muy joven sintió el llamado a consagrar su vida a Dios, encontrando en la vida religiosa no una renuncia, sino una forma plena de realización personal. Su identidad no puede comprenderse al margen de su vocación: Sor Bertha no es solo un nombre, sino una forma de ser en el mundo. La elección de ser llamada “Sor” refleja su compromiso con el carisma de su congregación y la espiritualidad que la sostiene, una espiritualidad tejida de sencillez, trabajo silencioso y una fe que ilumina incluso los momentos de oscuridad.

Durante la entrevista, pidió expresamente ser llamada Sor Bertha, subrayando que ese título no era un formalismo, sino parte esencial de su identidad espiritual. Para ella, “Sor” representa una historia de vida consagrada al amor al prójimo, a la enseñanza y al acompañamiento del sufrimiento humano. Antes de la enfermedad, su cotidianidad transcurría entre aulas, oraciones y encuentros comunitarios; después, entre tratamientos y silencios, su vocación se transformó en un refugio interior. A través de su relato, se revela una mujer que,

más allá de los límites del cuerpo, ha hecho de la fe su raíz más profunda, encontrando en ella la fuerza para comprender, aceptar y resignificar el cáncer como parte de su misión de vida.

Lo mejor que me pudo haber pasado: el cáncer

“(…), quería ayudar a los jóvenes a salir adelante”

La historia de Bertha comienza mucho antes del cáncer, en el terreno fértil de la vocación y el servicio. Desde joven, su vida fue guiada por la convicción de que educar era una forma de transformar, de abrir horizontes allí donde la desesperanza suele cerrarlos. La docencia y la fe se convirtieron en los pilares que sostuvieron su identidad, su manera de habitar el mundo y de darle sentido a la existencia. “Cuando me hice hermana quería ayudar a los jóvenes a salir adelante, no con dinero, sino promoviendo la educación.”

Su cotidianidad estaba marcada por la disciplina y el orden. La jornada comenzaba con la oración, el sonido de las campanas y la quietud del amanecer. En ese espacio de recogimiento encontraba la serenidad necesaria para enfrentar el día, convencida de que cada palabra pronunciada frente a sus estudiantes era también una semilla de esperanza. Su rutina no era un simple hábito, sino una expresión de coherencia entre su vocación y su modo de vivir.

El cuerpo, en su caso, era concebido como un instrumento de servicio. La fatiga era parte del compromiso, no un motivo de alarma. “Nunca he sido de cuidarme mucho (admite), siempre andaba de arriba para abajo, ocupada, sin pensar en mí.” Detrás de esta afirmación se revela un rasgo común entre quienes entregan su vida al cuidado de otros: la postergación de sí mismos. Sor Bertha habitaba su cuerpo como quien habita una herramienta sagrada, útil para servir y no necesariamente digna de atención. Sin embargo, los signos comenzaron a aparecer. Una molestia en la garganta, el cansancio persistente, la dificultad para tragar: señales que ella, en su modestia, atribuyó al agotamiento. Aquellos síntomas mínimos en apariencia fueron el preludio de un proceso que transformaría su manera de entender la salud, la fe y la vida misma.

En el plano emocional, el relato de Bertha revela un tipo de fortaleza que trasciende la mera resistencia. La fe, más que refugio, se convirtió en brújula. Cuando habla de esa etapa previa al diagnóstico, lo hace con una mezcla de serenidad y lucidez: “Creo que Dios me fue preparando

desde antes, sin que yo lo notara.” Donde ella admite que todo lo que aprendió en esos años le sirvió para enfrentar lo que vino después.

En su relato, la enfermedad no aparece como un evento abrupto que irrumpe en una vida estable, sino como un tránsito natural en un proceso de maduración interior. La cotidianidad previa, llena de oración, enseñanza y entrega, no fue solo el escenario anterior al cáncer, sino la raíz de la resiliencia que más tarde la sostendría. La historia de Sor Bertha permite comprender cómo el trabajo vocacional, especialmente en contextos religiosos, puede generar un sentido de identidad tan profundo que se confunde con la propia existencia.

Su compromiso con la educación no respondía únicamente a una responsabilidad profesional, sino a una misión espiritual que le otorgaba significado. Así, el diagnóstico posterior no solo puso en riesgo su salud física, sino también su proyecto vital, su rol y su modo de estar en el mundo. “Ciertamente, creo que de tanto estrés me pude haber enfermado. Pienso que, parte de esta enfermedad fue por el estrés que viví”.

La narrativa de esta primera etapa está llena de luz y propósito. En él se percibe una vida ordenada por la fe, por la enseñanza y por una concepción trascendente del trabajo como forma de amor. Sin embargo, también se vislumbran las grietas: el descuido del propio cuerpo, el silencio ante el cansancio, la idea de que cuidar de sí misma era un lujo o una distracción del deber. En ese equilibrio frágil entre la entrega y el olvido de sí, se encontraba ya la semilla de una transformación que estaba por venir.

“En ese momento, sentí morirme...”

El día del diagnóstico marcó una frontera invisible en la vida de Bertha. Hasta ese instante, su mundo estaba ordenado por la rutina, la enseñanza y la oración; después, todo se volvió incierto. Recuerda aquel momento con una claridad punzante: el consultorio, la voz del médico, y una palabra que parecía contener la muerte. En su mente, la frase “tiene cáncer” resonó como una sentencia, un eco que no cesaba ni en el silencio de la noche.

Durante los primeros días, el miedo fue un visitante constante. Dormir se volvió difícil, y cada pensamiento parecía un recordatorio de su fragilidad. Sin embargo, incluso en medio del

temor, su fe no se quebró. Poco a poco comenzó a buscarle sentido a lo que estaba viviendo, interpretando la enfermedad no como un castigo, sino como una oportunidad de transformación. Sentía que aquel proceso removía todo en ella: su cuerpo, sus emociones, su manera de mirar la vida. Era, en sus palabras, una prueba que la llamaba a un cambio profundo.

El desconcierto dio paso a la introspección. En lugar de ceder al abatimiento, Sor Bertha decidió continuar con sus pequeñas rutinas: tejer, cuidar plantas, poner en orden su casa. “De venir de una vida muy ágil, acelerada, a quedarme sentada allí... siempre busco qué hacer, aunque esté en casa.” Aquellos gestos cotidianos se convirtieron en su modo de resistencia, una forma de mantener el alma activa mientras el cuerpo se debilitaba. No era negación, sino un acto consciente de cuidar lo que permanecía bajo su control.

El cuerpo, antes vehículo de servicio y entrega, se transformó en su maestro más exigente. Cada síntoma le recordaba la necesidad de escucharse, de atenderse con el mismo amor con que había cuidado a otros. “A veces el cuerpo no da, se cansa rápido. Pero uno tiene que aceptar sus límites y no renegar. El cuerpo se debilita, pero el espíritu puede seguir fuerte.” En ese proceso descubrió que aceptar los límites no era rendirse, sino una forma de sabiduría. Empezó a reconocer la enfermedad como un espacio para el aprendizaje y la calma, como un tiempo distinto en el que podía detenerse sin culpa y observar su propia vida con otros ojos.

En el hospital encontró algo más que atención médica: halló una red de afecto que la sostuvo en los momentos más duros. Los rostros del oncólogo, la psicóloga o la nutricionista se volvieron presencias agradables que le brindaban una enorme felicidad y ánimos por continuar con su tratamiento. De acuerdo con sus palabras: “venir aquí (al hospital) es como reencontrarme con una familia”. Ir a consulta no era solo cumplir con un tratamiento, sino reencontrarse con un grupo humano que acompañaba con ternura y respeto. Ese entorno, tan distinto al claustro o al aula, se convirtió en una nueva comunidad donde también podía servir, escuchar y compartir.

El cáncer, lejos de ser una condena, se convirtió en una maestra silenciosa. La obligó a replantearse su relación con el tiempo, con el cuerpo y con Dios. En la soledad aprendió a cuidarse, a reconocerse como la primera responsable de su bienestar. Comprendió que la fe no se mide por cuántas veces se pide un milagro, sino por la serenidad con que se acepta la realidad.

Así, la enfermedad se transformó en un camino de encuentro consigo misma. El miedo inicial cedió ante una comprensión más amplia: que la vida no se detiene ante el dolor, sino que se profundiza en él; que el sufrimiento puede ser también una forma de revelación. En su relato, el cáncer ya no aparece como enemigo, sino como parte de un proceso humano y espiritual que la llevó a redescubrir su fuerza, su propósito y su fe.

“Más consciente, más íntima”

Con el paso del tiempo, Sor Bertha comenzó a comprender que la enfermedad no era el final de su historia, sino el inicio de otra forma de vivirla. Tras superar los tratamientos y la incertidumbre inicial, su vida se volvió más pausada, más consciente, más íntima. Cada día se convirtió en un ejercicio de gratitud. Aunque el cuerpo se cansaba con facilidad, ella aprendió a escucharlo, a respetar su ritmo y a reconocer que el cuidado propio también es una forma de amor. “Yo era de las que pensaban que podía cambiar a los demás. Hoy entendí que nadie cambia a nadie, ni el mismo Dios, si uno no quiere.”

La adaptación no fue inmediata. En los primeros meses sintió la pérdida de autonomía como una herida: no poder moverse con la misma energía, depender de otros para ciertas tareas, reducir sus responsabilidades. Pero lejos de rendirse, optó por resignificar el tiempo y los espacios. Empezó a mirar el descanso como una oportunidad para estar consigo misma, y no como una limitación. En ese silencio redescubrió su fe, su fortaleza y su propósito.

El tratamiento la obligó a detenerse, pero también le permitió observar el valor de lo esencial. Ya no se trataba de hacer más, sino de vivir mejor. “Uno aprende a vivir diferente”, solía decir, “ya no con el mismo ritmo, pero con más conciencia de cada momento.” Su cuerpo, marcado por la fragilidad, se transformó en una brújula que le recordaba lo sagrado de lo cotidiano: una taza de café, el canto de los pájaros, una conversación tranquila en el jardín.

El proceso también la llevó a replantearse sus metas. Antes, su vida giraba en torno al servicio, la docencia y el acompañamiento a otros. Ahora, su misión se amplió hacia adentro. “Mi meta ahora es conocerme a mí y ayudarme”, reflexionaba. Comprendió que no podía sostener a los demás si no aprendía primero a sostenerse a sí misma. Esta etapa de introspección no significó

egoísmo, sino una forma de madurez espiritual: cuidar el alma para poder seguir dando, aunque de otro modo.

“El cáncer no vino a destruirme...”

La fe se mantuvo como su refugio y su fuente de sentido. En los momentos de mayor soledad, encontraba consuelo en el diálogo con Dios. Frente al Santísimo, hablaba con Él como con un amigo íntimo, recordándole que incluso Jesús sintió tristeza y miedo antes de morir. Ese reconocimiento de la vulnerabilidad divina se convirtió para ella en una lección profunda: el sufrimiento, cuando se vive con amor y aceptación, puede transformarse en un camino de crecimiento interior.

El apoyo emocional de su entorno también jugó un papel decisivo. Su comunidad religiosa, el personal del hospital y algunas amistades se convirtieron en una red silenciosa de contención. En cada gesto de cuidado encontraba una reafirmación de la vida: una sonrisa, una palabra de aliento, una mano extendida. No obstante, aprendió que, incluso rodeada de personas, la verdadera compañía debía nacer desde dentro. “Uno piensa que los otros lo van a cuidar (decía), pero es uno mismo quien debe aprender a cuidarse.”

Esta etapa trajo consigo una profunda transformación en su manera de entender la fe. La espiritualidad, que antes vivía como misión y obediencia, se volvió una experiencia íntima, una conversación constante con lo divino: ya no pedía ser curada, sino tener paz para aceptar lo que viniera. Esa aceptación no era rendición, sino serenidad; la certeza de que, aun en medio del dolor, la vida conserva sentido. El cáncer, que en un inicio simbolizó temor y pérdida, terminó convirtiéndose en una maestra interior. “Yo siento que el cáncer no me vino a destruir sino a engrandecer mi ser de persona.” A través de la enfermedad, aprendió a mirar su existencia desde una nueva perspectiva: más compasiva, más consciente, más libre del miedo a la muerte.

Su relato culmina con una claridad luminosa: “En la soledad es donde uno se da cuenta qué es lo que uno es realmente. Qué es lo que te falta, qué es lo que tenés, qué es lo que debes de mejorar.” En esas palabras se condensa el recorrido completo de su historia: del servicio a la introspección, del miedo a la gratitud, del dolor al sentido.

Sor Bertha no habla desde la derrota, sino desde una plenitud alcanzada a través del sufrimiento. Su voz, serena y firme, invita a comprender que la enfermedad puede ser también un espacio de renacimiento. Lo que en un inicio fue temor se transformó en fe; lo que fue pérdida, en aprendizaje; y lo que parecía un final, en una nueva forma de habitar la vida, más humana, más consciente, más libre.

Elizabeth Corrales

Elizabeth, 52 años de edad, con una altura de 1 metro 70 centímetros, cabello blanco, nariz pronunciada, atípica y quiebre muy especial, delgada con manos y brazos muy largos, igual que sus pies, tercera y única mujer de cuatro hermanos de religión católica, se describe como una persona que posee ojos aparentemente tristes, pero detrás de ellos existe una alegría que la supera. Con diferentes círculos sociales donde formo vínculos tan fuertes que la acompañaron a sobrellevar las dificultades que se presentaban en el camino.

Elizabeth fue una niña curiosa e interesada por los temas de salud, siempre preguntaba a sus tíos médicos cómo hacen un procedimiento, para qué sirve un instrumento, ella menciona: “Dentro de mí siempre existió un médico frustrado”. Por giros de la vida o como ella menciona “como acontece Dios en la vida del hombre” actualmente se encuentra trabajando la clínica de un hospital en la cual ejerce como gerente.

Mi paso en esta tierra tiene un tiempo

“Mis ojos son aparentemente tristes... porque detrás de mí, hay una alegría que me supera...”

Antes del diagnóstico, Elizabeth llevaba una vida sencilla, ordenada y profundamente conectada con la espiritualidad. Su cotidianidad se entretecía entre la oración, el trabajo y el contacto humano con quienes la rodeaban. En su relato contaba que usualmente se levanta temprano, a las cinco y media de la mañana, a veces inicia su día rezando la liturgia de las horas, la laude. “Luego me baño, me tomo mi tiempo para arreglarme, para mimarme, para cuidarme. Llego al trabajo, y lo que me encanta, desde que voy entrando, saludo al jardinero, al vigilante, al camillero, al que recolecta la basura”.

Esa forma de vivir mostraba una identidad marcada por la empatía y el servicio. Cada saludo era un gesto de reconocimiento hacia el otro; cada oración, un acto de gratitud. En su rutina diaria, el cuidado personal se entrelazaba con el amor propio y la aceptación. “Si hay buen clima y tengo energía, salgo a caminar un rato por el parque, camino entre tres y cinco kilómetros. Mi nariz me encanta porque digo, no hay otra como la mía. Mira, mi pelo es blanco, ese es mi color natural y digo, ¿por qué me lo voy a pintar? A mí me gusta, me encanta”.

Su manera de hablar sobre su cuerpo evidenciaba una relación de respeto y aceptación. No había vanidad, sino gratitud. En Elizabeth habitaba una mujer reconciliada con su edad y con el paso del tiempo, consciente de su valor más allá de la apariencia. Vivía en coherencia con su fe, viendo en lo cotidiano un espacio para honrar la vida.

Entre los vínculos más significativos de su historia, estaba la relación con su madre. “Mi mamá falleció hace tres años. Siempre vivimos juntas fuera de serie; la madre que me tocó fue la mejor que Dios pudo encontrar para mí. Había una relación, por supuesto, de madre e hija, pero compartimos en la comunidad, estuvimos juntas durante 37 años”. La pérdida de su madre marcó una etapa de profundo duelo, pero también de aprendizaje espiritual. Aquella convivencia extendida generó un lazo difícil de romper; su madre fue su principal compañera, y su partida dejó un vacío que solo la fe pudo contener.

Después de esa pérdida, otros cambios comenzaron a suceder en su vida. “Posterior a eso, al año es que sale mi diagnóstico del cáncer de tiroides. Al mismo tiempo es que salgo de un trabajo en el que había estado durante 12 años. Entonces, eso fue otro duelo. Otro duelo y por supuesto, mi estrés postraumático por la forma como se vieron las cosas. Había nostalgia, había duelo, había miedo en algún momento de qué vas a hacer, cómo va el futuro, hacia dónde vas. Porque justo en ese momento de la salida del otro trabajo y la transición de buscar trabajo, había tenido un accidente... y se pegaron muchísimas cosas”.

Aquella sucesión de pérdidas, su madre, su trabajo, su estabilidad física, fueron preparando el terreno emocional para la gran prueba que vendría después. Sin saberlo, Elizabeth ya estaba desarrollando la fortaleza que más tarde le permitiría enfrentar el diagnóstico con serenidad y esperanza.

“Bendito sea Dios, gracias por este cáncer y por este diagnóstico...”

El momento del diagnóstico llegó con un giro inesperado, pero Elizabeth no lo recibió con miedo. Más bien, lo transformó en gratitud. “No puedo decir tristeza... para mí la tristeza es cuando no tengo esperanza sobre algo, pero tenía la certeza de que Dios iba a hacer algo. Cuando veo positivo para cáncer... lo que salió de mí es: bendito sea Dios, gracias por este cáncer y por este diagnóstico. Estoy tan contenta. Porque cuando más se sufre y entre más cerca estás de la muerte, más cerca está Dios”.

Sus palabras reflejan una fe inquebrantable. Mientras para muchos el cáncer representa la posibilidad de la pérdida, para ella fue una oportunidad de encuentro. En su relato, el miedo se transforma en aceptación, y la enfermedad se convierte en una puerta hacia la contemplación y la cercanía con lo divino.

Recordaba con detalle el momento en que recibió la confirmación del diagnóstico: “Cuando veo el resultado del estudio que dice TIRAT4, es un 85% sospechoso de malignidad. Dije, estoy pegada. Hice mi cita, no le avisé nada a nadie porque dije, tengo que esperar, no tengo nada todavía. Y bien, me entregaron mi biopsia, era un cáncer papilar, y por los resultados había que darme medicina nuclear”,

La manera en que procesó la noticia refleja una paz interior profunda. Decidió mantener el silencio, procesar la realidad a solas antes de comunicarla, en un ejercicio de introspección que muestra madurez y autocontrol. Su espiritualidad fue su ancla. Antes de la cirugía, pidió recibir la unción de los enfermos: “Recibí la unción de los enfermos en compañía de la comunidad. Eso me confortó muchísimo”.

Tras la intervención, su cuerpo respondió con fuerza y humor. “Salí hablando del quirófano, salí muerta de hambre pidiendo comida. Aprender a ponerse uno primero, estar bien uno para después poder ayudar a alguien más”. La escena sintetiza su forma de enfrentar la adversidad: con vitalidad, ligereza y humanidad.

El tratamiento con medicina nuclear la llevó a un periodo de aislamiento total. “Con el tema de la medicina nuclear, tres días encerrada ahí en un cuarto donde estás completamente aislada. Porque lo primero que pedí es que me dejaran sola. En una intimidad que tenés dos

opciones: o pegar cuatro gritos porque te estás volviendo loca, o clamar a Dios y bendecirlo por todo el bien que has hecho”.

El aislamiento, que podría haberse sentido como soledad, se convirtió en un espacio de contemplación. Elizabeth eligió el silencio como refugio y la oración como compañía. Pese a la distancia física, se sintió acompañada por el cariño de su comunidad: “Sí, cien por ciento. Mi comunidad, amigos, vecinos, las compañeras de colegio, compañeros de la universidad, los compañeros de trabajo por detalle”.

El amor de los otros fue la extensión visible de su fe. Cada mensaje, cada visita o gesto se convirtió en símbolo de presencia divina en medio del proceso.

“Porque cuando más se sufre y entre más cerca estás de la muerte, más cerca está Dios”

El después del diagnóstico trajo consigo un nuevo comienzo. Aunque las secuelas físicas y cognitivas del tratamiento dejaron huellas, Elizabeth las enfrentó con calma y gratitud. “Sentía como que no era yo, como que era otra persona; muy distraída, dispersa, con dificultades de atención y de memoria. Siento que va pasando el tiempo y estoy muchísimo mejor, pero quedan secuelas. Decía el médico internista del hospital que es como quitarle el cerebro a un carro electrónico, tenés que crear después nuevas conexiones para que la cosa vaya fluyendo”.

La enfermedad le enseñó a vivir más despacio y a priorizar lo esencial. Las limitaciones fueron también oportunidades para reconfigurar su vida y su sentido del tiempo. Cuando se le preguntó si tenía metas antes del diagnóstico, respondió con honestidad: “¿Elizabeth antes del diagnóstico tenía algún plan específico, alguna meta en su futuro cercano? No. ¿Elizabeth actualmente se ha propuesto una meta? Sí, que pronto la cumpla, que es una tercera peregrinación a Tierra Santa. Ahora estoy más libre, la vida es una y no la puedo vivir de cualquier manera. Estoy consciente que mi paso en esta tierra tiene un tiempo, no puedo darme el lujo de perderlo en lo que no me garantiza llegar a la meta”.

Su vida después del cáncer se transformó en un testimonio de libertad interior. Los objetivos materiales cedieron paso a metas espirituales. Su comunidad siguió siendo un pilar de apoyo, acompañándola en cada paso: “Recibí la unción de los enfermos en compañía de la comunidad, eso me confortó muchísimo. Mi comunidad, amigos, vecinos, un mensaje, una visita

chiquitita, que te traía pequeños grandes detalles y cómo te cambian la vida. Incluso hoy que me ven y que me dicen, Elizabeth, pero es que te ves muy bien. Es que yo estoy bien. Y digo, yo quiero ir ahí, yo quiero estar ahí, yo quiero encontrarme con tantos que ya han partido”.

Su voz revela un deseo de trascendencia sereno, sin miedo. La aceptación de la muerte no como final, sino como encuentro, da sentido al camino recorrido. “La vida la da Dios y la vida la quita Dios. El sufrimiento es parte de la vida. Poder bendecir a Dios en la alegría, en el dolor, en la tristeza, porque detrás de ese dolor que pasa, también está Él. Si no he tenido esta experiencia, te garantizo que ese cuarto frío del hospital, a lo mejor nunca hubiera observado el Cristo que tenía de frente. En el sufrimiento es donde se manifiesta plenamente el amor de Dios”.

En sus palabras, la fe no se muestra como evasión del dolor, sino como una forma de abrazarlo con esperanza. Su experiencia se convierte en un testimonio de gratitud ante la vida, una afirmación de que incluso el sufrimiento puede ser fuente de revelación y sentido.

Capítulo II. Análisis de los relatos

El análisis de los relatos de Sor Bertha, Jasmina y Elizabeth permite comprender la experiencia del cáncer como un proceso complejo de transformación psicológica, espiritual y social, en el que se entrecruzan la identidad, el cuerpo, las emociones y el sentido de vida. A través de sus voces se visibilizan tanto las diferencias personales en las formas de afrontamiento como los puntos de convergencia en torno al sufrimiento, la fe y la búsqueda de significado.

En los tres relatos, la identidad se reconstruye a partir del contraste entre la vida anterior al diagnóstico y la nueva autopercepción tras la enfermedad. Sor Bertha se define desde su vocación religiosa y su misión educativa: “quería ayudar a los jóvenes a salir adelante, no con dinero, sino promoviendo la educación”; configurando una identidad centrada en el servicio y la fe. Jasmina, por su parte, se reconoce a través del trabajo doméstico y los cuidados, construyendo una identidad basada en la actividad constante y el rol de cuidadora: “yo limpiaba, hablaba con mis animales... eso a mí me daba vida”. En el caso de Elizabeth, su sentido de identidad se vincula con la espiritualidad y la autoconciencia: “mis ojos parecen tristes, pero detrás hay una alegría que me supera... porque viene de Dios”.

Pese a sus diferencias, las tres mujeres se caracterizan por haber sostenido identidades activas y cuidadoras. Sin embargo, el diagnóstico las enfrenta a la necesidad de redefinir estos roles, desplazándose de la acción al recogimiento, de la entrega a los demás a la atención sobre sí mismas. Este tránsito marca el inicio del proceso de resignificación personal.

La ruptura con la rutina cotidiana emerge como uno de los impactos más significativos del diagnóstico. Sor Bertha, acostumbrada a “andar de arriba para abajo, sin pensar en mí”, reconoce retrospectivamente que el descuido de su salud fue una forma de negación del propio cuerpo. Jasmina expresa la pérdida del control físico con un tono de dolor: “me sentía como que ya no soy una persona normal... quité el espejo de mi cuarto”, mientras que Elizabeth resignifica su cuerpo desde la aceptación: “mi pelo es blanco, ese es mi color natural y me encanta”. Estas diferencias revelan tres formas de relación con el cuerpo enfermo: negación, rechazo y reconciliación. En el caso de Sor Bertha, el cuerpo se convierte en espacio de aprendizaje espiritual; en Jasmina, en símbolo de pérdida y vulnerabilidad; y en Elizabeth, en testimonio de autoaceptación. En conjunto, los relatos reflejan cómo la enfermedad desestabiliza la percepción corporal y obliga a una reconstrucción de la imagen de sí misma.

Los vínculos familiares y comunitarios se presentan como fuentes de contención emocional y sentido de vida. Sor Bertha encuentra apoyo en su familia y en la comunidad religiosa: “venir aquí es como reencontrarme con una familia”; mientras que Jasmina enfatiza el papel de su esposo y hermana como pilares durante el tratamiento. Elizabeth, en cambio, alude a una relación espiritual más introspectiva, donde el diálogo con Dios sustituye la necesidad de compañía constante: “frente al Santísimo... le decía al Señor: me siento triste, pero tú también te pusiste triste cuando ibas a morir”.

Aunque los tres relatos muestran redes de apoyo, la intensidad y naturaleza de los vínculos difieren: Sor Bertha los vive como extensión de su vocación, Jasmina desde la interdependencia emocional, y Elizabeth como espacio de crecimiento interior. En todos los casos, el amor y el acompañamiento aparecen como factores protectores que amortiguan el impacto psicológico del diagnóstico.

El diagnóstico marca la ruptura simbólica entre “la vida antes” y “la vida después”, generando un duelo no solo por la salud, sino también por los proyectos, roles y expectativas truncadas. Sor Bertha expresa este tránsito como un proceso guiado por la fe: “creo que Dios me fue preparando desde antes, sin que yo lo notara”; Jasmina lo vive desde la resignación corporal “yo tenía miedo de llegar a ponerme tan delgadita”; mientras que Elizabeth lo interpreta como un proceso acumulativo: “había nostalgia, había duelo, había miedo... hacia dónde vas”. El duelo, en este sentido, no solo es individual, sino también existencial: implica renunciar a la antigua noción de control y aceptar una nueva forma de habitar el cuerpo y el tiempo. Las tres muestran que el proceso de adaptación está mediado por la espiritualidad y la capacidad de resignificación.

Los relatos de Sor Bertha, Jasmina y Elizabeth muestran que el momento del diagnóstico constituye un quiebre emocional que activa reacciones intensas, pero profundamente distintas entre sí. Sor Bertha describe la revelación del cáncer como un impacto abrumador: la vivencia inmediata de “sentirse morir” expresa una evaluación cognitiva catastrófica, propia de los primeros momentos de shock. Jasmina, por su parte, experimenta un terror profundamente encarnado: miedo a dormir, crisis de ansiedad, llanto nocturno, hipervigilancia y una marcada dependencia emocional hacia su esposo. En cambio, Elizabeth presenta una reacción emocional atípica: lejos de experimentar desesperación, interpreta el diagnóstico desde una espiritualidad profundamente integrada “bendito sea Dios, gracias por este cáncer”, lo cual constituye una forma poco usual de aceptación emocional inmediata.

Estas diferencias permiten observar tres perfiles emocionales:

- Reacción de shock y temor controlado (Sor Bertha),
- Reacción de angustia intensa con afectación funcional (Jasmina),
- Reacción de integración espiritual positiva (Elizabeth).

A nivel conductual también emergen estrategias divergentes: Sor Bertha desarrolla actividades creativas como el tejido y el cuidado de plantas; Jasmina recurre al uso de pañuelos, pelucas y rituales de arreglo personal para disimular el deterioro visible; mientras Elizabeth se

apoya en rituales religiosos, la unión de los enfermos y la conexión comunitaria. Aunque las tres expresan sufrimiento, cada una articula una forma particular de “hacer” frente a la enfermedad, un intento de recuperar control sobre un cuerpo y un destino percibidos como amenazados.

Desde la teoría del afrontamiento, la evaluación primaria (interpretar la situación como amenaza, desafío o pérdida) y la evaluación secundaria (percibir los recursos para afrontarla) revelan contrastes muy marcados.

Para Sor Bertha, el cáncer se constituye inicialmente como amenaza de muerte, lo que genera insomnio, miedo y la sensación de pérdida de control. Su evaluación secundaria es moderada: reconoce apoyo médico y comunitario, pero depende fuertemente de su fe para sostener recursos emocionales. En el caso de Jasmina, la evaluación primaria se traduce en “sentirme vacía”, “como que ya no valgo”, expresión clara de pérdida y deterioro del autoconcepto. Su evaluación secundaria es más frágil: percibe pocos recursos personales y se apoya fuertemente en su esposo para sostener su estabilidad emocional. Esto coincide con una mayor vulnerabilidad al estrés y a reacciones depresivas.

Elizabeth, en contraste, transforma la evaluación primaria en un desafío espiritual. Aunque reconoce el diagnóstico como serio, su evaluación secundaria está fuertemente reforzada por la fe, la comunidad y la convicción de un propósito divino en la enfermedad. Esto le permite sostener un afrontamiento funcional sin caer en desesperanza.

En conjunto, los relatos muestran cómo la interacción entre creencias personales, redes de apoyo y recursos internos influye directamente en las emociones, la conducta y la adaptación posterior. No existe una única forma de evaluar la amenaza: cada mujer, desde su historia personal, configura un modo particular de otorgar sentido al cáncer.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes evidencian un equilibrio variable entre acciones dirigidas a resolver la situación y otras orientadas a regular la experiencia emocional.

Sor Bertha recurre a actividades manuales, reorganización de la rutina y esfuerzos por mantenerse activa; estas acciones se acercan a un afrontamiento centrado en el problema, al

intentar reorganizar el día a día para no quedar atrapada en la rumiación. No obstante, también incorpora estrategias emocionales como el apoyo en la fe y la oración.

Jasmina ilustra un patrón distinto: sus esfuerzos se orientan más hacia el afrontamiento emocional, atravesado por la ansiedad y el temor a la muerte. El llanto, la evitación del espejo, el uso de pelucas y pañuelos representan intentos por protegerse psicológicamente de los cambios corporales, aunque sin lograr una resolución completa del malestar. El afrontamiento emocional, en su caso, aparece acompañado de ciclos de angustia que requieren apoyo externo constante.

Elizabeth combina ambos tipos de afrontamiento, pero con un matiz particular: la espiritualidad no es solo consuelo emocional, sino también un mecanismo cognitivo para reinterpretar la enfermedad. Su frase “salí muerta de hambre del quirófano” muestra un afrontamiento activo, casi humorístico, que reduce la amenaza percibida y facilita la adaptación. La reflexión sobre “ponerse uno primero para luego ayudar a otros” es además un ejemplo de afrontamiento orientado al crecimiento.

En esta dimensión, las tres mujeres muestran que el afrontamiento no es estático, sino un proceso dinámico que fluctúa según el momento del tratamiento, el estado de ánimo y los recursos internos disponibles.

El cáncer, como proceso vital estresante, moviliza tensiones entre la necesidad de compañía y el deseo de intimidad. En Sor Bertha predomina la búsqueda de apoyo comunitario: la relación con el personal de salud la hace sentir “reencontrarse con una familia”, y valida emocionalmente su experiencia de vulnerabilidad. Al mismo tiempo, reconoce que “uno es quien se cuida”, lo que evidencia una tensión entre dependencia y autonomía.

En Jasmina aparece una oscilación intensa: desea que los demás mantengan la imagen de la “mujer elegante”, lo que la lleva a ocultar su sufrimiento y a mostrar distancia. Sin embargo, en los momentos de ansiedad severa, recurre profundamente al apoyo de su esposo, generando una dependencia emocional que se vuelve su principal sostén. Esta ambivalencia entre exhibición y ocultamiento es una respuesta frecuente frente al deterioro corporal y el estigma del cáncer.

Elizabeth presenta el caso más interesante: solicita voluntariamente aislamiento durante la medicina nuclear, afirmando que la soledad es un espacio de encuentro consigo misma y con Dios. Este aislamiento no representa evitación, sino una práctica espiritual de introspección. Tras ese periodo, valora profundamente el apoyo social que recibe, destacando el acompañamiento de amigos, colegas y comunidad. En ella coexisten dos movimientos: aislamiento elegido y apoyo colectivo, ambos vividos como experiencias de crecimiento.

Una vez culminada la etapa inmediata del tratamiento, las tres participantes describen cambios profundos en su autonomía física, cognitiva y emocional. Sin embargo, estos cambios se expresan de maneras distintas, según la historia personal, la relación con el cuerpo y la forma de interpretar la enfermedad.

En Sor Bertha, la disminución de la fuerza física aparece como un recordatorio constante de los límites corporales: reconoce que “a veces el cuerpo no da”, y que la fatiga se vuelve parte de su nueva rutina. Sin embargo, este reconocimiento no deriva en frustración, sino en un acto de aceptación. Para ella, la fragilidad corporal es una oportunidad para fortalecer el espíritu. Su relato muestra lo que la teoría fenomenológica llama habitar un nuevo cuerpo, un cuerpo transformado por la enfermedad que exige ser escuchado, respetado y acompañado.

Jasmina, en cambio, vive una experiencia de ruptura con su imagen corporal y con la identidad que había construido a través de su apariencia. La pérdida del cabello, cejas, pestañas y uñas no solo representó cambios físicos, sino también una herida a su sentido de sí misma. La frase “ya no soy la persona anterior, ni uno se reconoce” expresa un duelo profundo por la pérdida de su identidad estética y social. Esta vivencia coincide con la literatura en psicooncología que señala que los cambios visibles del cáncer pueden generar disonancia identitaria, alimentando sentimientos de vergüenza, tristeza y desconexión con el entorno.

Por otro lado, Elizabeth experimenta alteraciones cognitivas y funcionales posteriores al tratamiento (dificultades de atención, memoria y concentración) describiéndolas como una desconexión temporal con su habitual capacidad mental. Entiende estas secuelas como parte de un proceso más amplio de recuperación y adaptación, comparando metafóricamente su estado con “quitarle el cerebro a un carro electrónico” y tener que crear nuevas conexiones. Esta

interpretación revela una alta capacidad de resignificación y una comprensión realista del proceso de sanación.

En estas tres experiencias se observa que la autonomía no se pierde únicamente de manera física, sino también emocional e identitaria. Cada mujer transita una nueva forma de habitar su cuerpo y de comprender sus límites, reconstruyendo gradualmente su sensación de control.

El cáncer, como acontecimiento biográfico disruptivo, obliga a una revisión profunda de los deseos, prioridades y metas de vida. En Sor Bertha, esta reconfiguración se manifiesta en un giro hacia la interioridad y el trabajo emocional. Comprende que no puede cambiar al otro, sino que la tarea principal consiste en conocerse, aceptarse y acompañarse con mayor amor y paciencia. Sus nuevas metas están ancladas en el autoconocimiento y el crecimiento emocional, lo cual se acerca a la noción de madurez existencial propuesta por la logoterapia.

En Jasmina, aunque el foco de reconstrucción no está explícitamente en metas individuales, su relato muestra que su sistema de apoyo —especialmente su hermana— se convierte en un eje para reorientar su vida. El cáncer reafirma la importancia de la familia y la necesidad de apoyarse en otros para seguir avanzando. Sus metas comienzan a girar en torno a su recuperación, su estabilidad y la posibilidad de seguir acompañada en el proceso.

Elizabeth expresa la reconfiguración de forma más concreta y aspiracional. Antes del diagnóstico no tenía objetivos específicos; después de él, declara metas claras, como una tercera peregrinación a Tierra Santa. Este tipo de meta espiritual revela una experiencia similar a lo que Viktor Frankl describe como voluntad de sentido, una orientación hacia propósitos trascendentes que nutren la vida aun en escenarios adversos. Además, expresa la convicción de que “la vida es una y no la puedo vivir de cualquier manera”, reflejando una valoración renovada del tiempo y de la urgencia por vivir con autenticidad.

En conjunto, las tres reconstruyen sus metas desde lugares distintos: la introspección emocional (Sor Bertha), el fortalecimiento de los vínculos (Jasmina) y la trascendencia espiritual (Elizabeth). Sin embargo, todas coinciden en que el cáncer reordena las prioridades y da paso a un proyecto vital más consciente y significativo.

En la etapa posterior al tratamiento, las redes de apoyo, formales e informales, adquieren una relevancia determinante para la adaptación psicológica. Sor Bertha encuentra su principal fuente de contención en la fe, pero también en la comunidad religiosa y en la práctica cotidiana de diálogo con Dios. Sus palabras reflejan un acompañamiento espiritual que no solo brinda consuelo, sino también estructura emocional y sentido en la adversidad.

Jasmina reconoce que su familia, en especial su esposo e hijos, constituye el pilar que le permitió atravesar el proceso sin sucumbir emocionalmente. Su expresión de gratitud hacia ellos muestra cómo la presencia afectiva puede funcionar como la “mejor medicina” en un contexto de sufrimiento. Este apoyo amortigua el impacto psicológico de las secuelas físicas, reduce el aislamiento y promueve la esperanza.

Elizabeth, por su parte, experimenta una combinación particular de apoyo: aislamiento elegido durante la medicina nuclear y acompañamiento comunitario sólido una vez superado ese periodo. La comunidad, sus amigos, vecinos y colegas no solo le brindaron soporte emocional, sino que se convirtieron en testigos de su resiliencia. Esta mezcla de soledad introspectiva y compañía afectiva fortalece sus recursos de afrontamiento.

En todas, el apoyo espiritual y social se configura como un factor protector decisivo, modulando el malestar emocional, fomentando el optimismo y sosteniendo el proceso de adaptación al nuevo modo de vida después del cáncer.

Finalmente, los relatos de Sor Bertha, Jasmina y Elizabeth convergen en un elemento común: el cáncer se convierte en una experiencia que transforma su concepción de sí mismas, del tiempo, de la vida y de la muerte. Aunque lo hacen desde lugares diferentes, las tres mujeres resignifican la enfermedad como un punto de inflexión.

En Sor Bertha, el cáncer adquiere el sentido de oportunidad para engrandecer su ser. La soledad se convierte en maestra, y la enfermedad en un espejo que le permite identificar aquello que necesita mejorar. Esta búsqueda de sentido es coherente con la logoterapia, donde el sufrimiento, aunque inevitable, puede abrir posibilidades de crecimiento interior.

En Jasmina, la resignificación aparece de forma más emocional que discursiva. Tras el dolor, la ansiedad y el duelo por la imagen corporal, emerge un sentimiento profundo de gratitud

por la vida y por quienes la acompañaron. A partir de su experiencia, expresa el deseo de apoyar a otros, como la joven de 17 años a quien decide “apadrinar”. Esta acción solidaria constituye una forma concreta de encontrar sentido en su propia supervivencia.

Elizabeth construye sentido desde una espiritualidad plena: agradece incluso los eventos dolorosos que la llevaron a su diagnóstico, afirma que la vida viene de Dios y reconoce la urgencia de vivir con propósito. Su lectura espiritual del cáncer se alinea con la logoterapia en su dimensión trascendente, donde el sentido se encuentra más allá de lo inmediato y se relaciona con valores, misión personal y servicio.

En las tres historias, la enfermedad deja de ser únicamente un evento biológico y se transforma en un proceso existencial que permite mirar la vida desde una perspectiva renovada. Esta reelaboración del sentido fortalece la resiliencia y se convierte en un motor para seguir adelante.

XI. Discusión

La discusión de los resultados se basa en los relatos de vida de las tres participantes, los campos de análisis establecidos en la matriz y el marco teórico que sustenta la investigación. Los relatos permiten comprender el impacto psicológico del cáncer no solo como una experiencia clínica, sino también como una transformación identitaria, emocional, existencial y espiritual. Las experiencias convergen en ciertos patrones, pero también revelan diferencias relevantes que enriquecen la comprensión del fenómeno.

Antes del diagnóstico, en las tres participantes se observa una identidad narrativa sólidamente construida y definida por roles de servicio, productividad, cuidado y realización personal. Desde la teoría de Bruner (1990) y Ricoeur (1996), la identidad narrativa implica coherencia entre las acciones, los proyectos y el sentido de sí mismo. En Bertha, esta identidad se ancla en su vocación religiosa y educativa; en Jasmina, en su rol laboral y familiar como cuidadora y mujer activa; mientras que en Elizabeth se manifiesta en la estabilidad laboral, la fe y la disciplina cotidiana.

Esta consistencia narrativa constituye el “yo previo” que la enfermedad vendrá a fracturar. El cáncer actúa, según Ricoeur, como un “evento disruptivo” que interrumpe la continuidad entre pasado y futuro. Sin embargo, también se observa que las tres mujeres poseían antes del diagnóstico una base identitaria que luego funcionaría como recurso para afrontar el impacto emocional.

La rutina previa se caracterizaba por estabilidad, autonomía y energía. No obstante, aparece un hallazgo transversal: el cuerpo antes de la enfermedad era percibido como un medio para la acción, no como algo que requería atención. Sor Bertha afirma explícitamente que no se cuidaba; Jasmina refiere una vida físicamente demandante; Elizabeth, aunque consciente del autocuidado, no percibe señales iniciales de alerta antes de su diagnóstico tiroideo. Este patrón coincide con lo expuesto por el modelo biopsicosocial de Engel (1977): las personas suelen subestimar el componente corporal mientras predomina la funcionalidad. La percepción del cuerpo emerge como un eje narrativo solo cuando aparece el síntoma persistente o el deterioro físico.

La red afectiva previa cumple un rol protector, pero con matices. Sor Bertha cuenta con una comunidad religiosa que valida su vocación; Jasmina con una familia extensa que depende de ella; Elizabeth vivía vinculada estrechamente a su madre y luego a ambientes laborales significativos. En las tres se evidencia un fuerte sentido de responsabilidad hacia los demás, lo que coincide con hallazgos en psicooncología: las mujeres suelen priorizar el bienestar del otro antes que el propio, lo cual puede retrasar la búsqueda de atención médica (Hernández et al., 2012).

En las participantes, especialmente en Elizabeth, se observa que incluso antes del diagnóstico ya existían duelos previos (duelo laboral, duelo por el cambio de etapa vital). El cáncer intensifica y resignifica estos duelos, lo que se alinea con la literatura tanatológica que sostiene que cada enfermedad grave reactiva pérdidas pasadas (González, 2018). En todas se observa un proceso inicial de pérdida anticipada: pérdida de autonomía, de la vida previa, de proyectos a futuro. Esta anticipación es el punto de transición entre la fase “antes” y el ingreso a la vivencia del diagnóstico.

El diagnóstico aparece en las tres narrativas como un evento traumático, coherente con Herman (1992). Reacciones comunes: pensamientos catastróficos (“me voy a morir”), insomnio y ansiedad anticipatoria, llanto, parálisis o shock inicial, cambios en hábitos y en la percepción corporal. Sin embargo, hay diferencias claras en la expresión emocional: Jasmina vivió un miedo intenso y una ansiedad corporalizada, acompañada de llanto y dificultad para dormir. Sor Bertha experimentó una mezcla de miedo y recogimiento espiritual, con una reacción marcada por el simbolismo religioso. Elizabeth vivió el diagnóstico como una experiencia de “sorpresa” pero sin desesperación, atribuyéndolo a una intervención divina. Estas diferencias evidencian cómo la espiritualidad y los rasgos previos (como resiliencia, disciplina, experiencias de duelo) modulan las respuestas.

Los tres relatos permiten observar claramente las dos evaluaciones. En cuanto a la evaluación primaria (amenaza) de Lazarus y Folkman, Jasmina interpreta el diagnóstico como una amenaza directa a la vida; Sor Bertha lo percibe como algo devastador, pero también como un “llamado” o misión espiritual y Elizabeth lo interpreta inicialmente como serio, pero no catastrófico.

Siguiendo con la evaluación secundaria (recursos): Sor Bertha y Elizabeth recurren de inmediato a la fe y a redes de apoyo. Jasmina depende emocionalmente de su esposo, lo que alivia, pero también intensifica su temor. Estas interpretaciones coinciden con lo expuesto por Lazarus y Folkman (1984): la experiencia emocional depende más de la valoración cognitiva que del evento en sí.

Por otro lado, las tres mujeres emplean estrategias combinadas. Centrado en el problema, ya que abarca seguir el tratamiento, asistir a citas, buscar información médica. Siguiendo con el apartado centrado en la emoción, está la oración, llanto, apoyo social, resignificación del sufrimiento, humor, distracción (tejer, ordenar, caminar). La coexistencia de ambos estilos confirma lo señalado por Lazarus y Folkman: el afrontamiento no es lineal ni unidimensional. Jasmina experimenta deseo de ocultar su deterioro (“yo quería que me vieran elegante”), lo que combina aislamiento emocional con necesidad de apoyo. Sor Bertha alterna soledad reflexiva con apoyo comunitario. Elizabeth recibe apoyo masivo y lo convierte en fuerza espiritual. El patrón muestra que la soledad es interpretada de formas diferentes: para unas es sufrimiento, para otras es introspección, para otras es crecimiento espiritual.

Las tres participantes describen una pérdida inicial de funcionalidad: cansancio, limitación física, cambios en la imagen corporal, disminución de energía. Estas pérdidas impactan la autoestima, especialmente en Jasmina, quien narra sentirse “como una hormiguita” o “como un monstruo”. El deterioro corporal opera como una herida identitaria, como plantea la literatura en psicooncología: el cuerpo enfermo rompe la continuidad con el “yo previo”, generando un duelo por la imagen perdida.

El cáncer obliga a las tres mujeres a replantear sus proyectos. En el caso de Sor Bertha redefine su misión espiritual hacia el cuidado de su salud emocional; Jasmina aspira a apoyar a otras mujeres con cáncer una vez recuperada; Elizabeth proyecta metas espirituales (peregrinación) y replantea prioridades vitales. Este reajuste coincide con Ricoeur (1996) y Frankl (1959): los eventos límite pueden activar procesos de reconstrucción narrativa profunda.

La espiritualidad se manifestó como un recurso transversal. Las tres participantes encuentran: consuelo, propósito, acompañamiento, y sentido en la fe. Desde el modelo biopsicosocial, estos factores actúan como moduladores del estrés, reduciendo la sintomatología

emocional y mejorando la adherencia al tratamiento. Además, el apoyo social (pareja, comunidad religiosa, amigos, personal médico) funciona como un amortiguador emocional, coherente con Rodríguez (2019).

El proceso narrado por las tres mujeres se alinea profundamente con Frankl: el cáncer es resignificado como crecimiento, como oportunidad para reordenar valores, para priorizar la vida, para fortalecer vínculos, y para asumir una actitud de responsabilidad frente al sufrimiento. La frase de Sor Bertha: “esta enfermedad no vino a destruirme, vino a engrandecer mi ser de persona”, es un reflejo directo de la autotranscendencia propuesta por Frankl.

La triangulación entre teoría y relatos permite concluir que el cáncer actúa como un evento disruptivo que quiebra la identidad previa, pero también abre un espacio para la reconstrucción personal. Las reacciones psicológicas coinciden con los modelos de trauma, afrontamiento y duelo, así como la espiritualidad y el apoyo social emergen como los factores protectores más robustos. La narrativa permite observar el tránsito desde el miedo hacia la aceptación, desde la pérdida hacia el sentido, de igual forma, las estrategias de afrontamiento combinadas (problema/emoción) facilitan la adaptación. La experiencia no es homogénea: cada mujer resignifica la enfermedad desde su historia previa, sus recursos internos y sus creencias. En conjunto, los relatos confirman que el cáncer no solo es una experiencia médica, sino un acontecimiento existencial que transforma el modo de sentir, pensar y vivir la vida.

XII. Conclusiones

Los resultados de esta investigación permitieron comprender de manera profunda la experiencia emocional, cognitiva y existencial que enfrentan mujeres adultas cuando reciben un diagnóstico de cáncer. En relación con el primer objetivo específico, orientado a conocer la dinámica de vida previa al diagnóstico, los relatos mostraron que cada participante poseía una identidad narrativa construida a partir de sus roles sociales, laborales, familiares y espirituales. Estas narrativas previas constituyeron la base desde la cual interpretaron e incorporaron posteriormente el evento disruptivo del diagnóstico oncológico.

En cuanto al segundo objetivo, relacionado con la identificación de las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales, los testimonios revelaron un conjunto complejo y multidimensional de respuestas. Las participantes expresaron miedo, angustia, pensamientos intrusivos y la percepción de amenaza respecto a su integridad física y su futuro, elementos coherentes con lo planteado por la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman.

La evaluación primaria, centrada en la percepción del cáncer como peligro o pérdida, se manifestó con fuerza en los relatos, mientras que la evaluación secundaria mostró la movilización de recursos como la familia, la fe, el acompañamiento profesional y la fortaleza personal. De esta manera, emergieron estrategias de afrontamiento tanto centradas en el problema (adhesión al tratamiento, búsqueda de orientación médica, organización de rutinas) como centradas en la emoción (expresión del llanto, oración, apoyo espiritual, resignificación del sufrimiento). La coexistencia de ambos estilos reafirma la naturaleza dinámica del afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Otro aspecto importante fue la búsqueda o el retiro del apoyo social. Mientras algunas participantes encontraron en sus redes un sostén emocional fundamental, otras experimentaron momentos de aislamiento voluntario, ya sea por temor a ser vistas vulnerables o por necesidad de silencio para procesar sus emociones. Estas conductas, lejos de ser contradictorias, reflejan la diversidad de formas en que las personas intentan regular su mundo interno ante una situación que desborda sus recursos habituales.

En relación con el tercer objetivo, orientado a analizar el impacto psicológico del diagnóstico en la calidad de vida, esta investigación evidenció que la enfermedad afecta no únicamente la dimensión física, sino toda la estructura vital de las pacientes. El cáncer obligó a reconfigurar prioridades, redefinir metas personales y aceptar límites corporales y emocionales que antes no estaban presentes. La pérdida temporal de autonomía, la fatiga, los cambios en la autoimagen y la necesidad de reorganizar actividades laborales y domésticas fueron elementos recurrentes en los relatos. No obstante, también emergieron procesos de fortalecimiento personal, resiliencia y apertura a nuevas comprensiones de sí mismas.

La espiritualidad desempeñó un papel central en la mayoría de los casos, funcionando como un factor protector que permitió sostener la esperanza y otorgar significado a la experiencia de enfermedad. En este sentido, se observan resonancias directas con la logoterapia de Viktor Frankl, cuya premisa indica que el ser humano puede encontrar sentido incluso en el sufrimiento más profundo. Las participantes, desde su propia vivencia, mostraron cómo el cáncer se convirtió no solo en una amenaza, sino también en un punto de inflexión que impulsó procesos de reflexión, autoconocimiento y reconexión con lo esencial.

Finalmente, estos hallazgos permiten concluir que la experiencia del cáncer debe ser entendida desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual. El diagnóstico oncológico impacta la narrativa de vida, las emociones, el cuerpo, las relaciones significativas y el proyecto de futuro. Por ello, se reafirma la necesidad de un acompañamiento psicológico sensible, ético y humanizado, que reconozca la complejidad de lo que viven los pacientes y que les brinde espacios seguros para expresar, resignificar y reconstruir su historia. Cada relato analizado demuestra que el cáncer, aunque doloroso y desafiante, también puede convertirse en una oportunidad para encontrar sentido, fortalecer vínculos y redefinir la manera en que se habita la vida.

XIII. Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas de este estudio están dirigidas a futuros investigadores, profesionales de la salud y equipos institucionales que trabajen en torno al impacto psicológico del cáncer. En primer lugar, es importante señalar que investigar en este campo implica un acercamiento directo a experiencias profundamente sensibles, donde el sufrimiento, la vulnerabilidad y la búsqueda de esperanza están presentes de manera constante. El proceso diagnóstico del cáncer no es solo un acontecimiento médico, sino una vivencia emocionalmente intensa que moviliza temores, duelos anticipados y transformaciones profundas en la identidad personal. Por ello, se recomienda que quienes deseen realizar investigaciones similares lo hagan desde un lugar de respeto, apertura y madurez emocional, reconociendo que cada entrevista es un espacio íntimo en el que el paciente deposita confianza y comparte fragmentos significativos de su vida.

Es aconsejable que los estudiantes e investigadores desarrollen previamente habilidades de escucha activa, manejo emocional y autorreflexión, ya que el contacto directo con historias dolorosas puede generar impacto emocional también en el investigador. Además, se recomienda mantener una supervisión académica o psicológica durante el proceso de recolección de datos, especialmente cuando se trata de entrevistas narrativas que pueden despertar angustia o reactivar recuerdos difíciles tanto en el paciente como en el entrevistador. La ética investigativa debe ser una prioridad en todo momento, resguardando la confidencialidad, el consentimiento informado y el derecho del participante a retirar información o detener la entrevista si así lo desea.

En relación con los profesionales de la salud, particularmente médicos, psicólogos, enfermeras y personal de acompañamiento, es indispensable fortalecer una práctica clínica más humana, cálida y consciente del impacto emocional del diagnóstico. Recibir un resultado oncológico representa un antes y un después en la vida de cualquier persona; por ello, se recomienda que los equipos asistenciales brinden un acompañamiento cuidadoso, evitando comunicar diagnósticos de manera brusca o despersonalizada. Pequeños detalles como un tono de voz calmado, ofrecer un espacio privado, brindar tiempo para procesar la información o facilitar un acompañamiento psicológico inmediato pueden marcar una diferencia significativa

en la manera en que el paciente afronta los primeros momentos posteriores al diagnóstico. Asimismo, se sugiere capacitar continuamente al personal en estrategias de comunicación empática y en el reconocimiento temprano de señales de angustia emocional en los pacientes.

A nivel institucional, se recomienda que las clínicas y hospitales integren de forma más sólida la atención psicológica dentro del proceso diagnóstico. Esto implica no solo contar con psicólogos disponibles, sino establecer protocolos que garanticen que cada paciente reciba orientación emocional desde el inicio. La atención oncológica debe ser interdisciplinaria y no limitarse al abordaje biomédico. Se sugiere promover espacios seguros donde los pacientes puedan expresar sus emociones, trabajar el miedo, reorganizar su vida y encontrar significado en su experiencia. Asimismo, las instituciones deben considerar la importancia de capacitar a su personal en enfoques tanatológicos y en acompañamiento durante procesos de duelo anticipado, ya que estos componentes son fundamentales en la vivencia del cáncer.

Finalmente, este estudio invita a reconocer que, detrás de cada diagnóstico, hay una persona con historia, vínculos, sueños e incertidumbres. El cáncer no solo transforma el cuerpo; también transforma la vida emocional, familiar, laboral y espiritual del paciente. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el enfoque hacia la diversidad de diagnósticos, edades y contextos socioculturales, integrando perspectivas comparativas que permitan comprender mejor las múltiples formas de vivir y resignificar la enfermedad. Estas recomendaciones buscan, en esencia, recordar que la atención a pacientes oncológicos debe ser siempre integral, humana y respetuosa, reconociendo la dignidad y el valor de cada persona que atraviesa este difícil proceso.

XIV. Referencias

- Archila, D. M. (2024, 31 mayo). *Acompañamiento tanatológico una perspectiva vital en la perdida continua*. Recuperado de <https://landivarencasa.url.edu.gt/acompanamiento-tanatologico-una-perspectiva-vital-en-la-perdida-continua/>
- Arias Cardona, A., Pinto González, M. A., & Velásquez Góez, L. C. (2021). *Resignificar el presente: Relatos de vida de mujeres víctimas del conflicto armado colombiano*. Tecnológico de Antioquia. Recuperado de <https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/1201/Articulo%20Arias%20Cardona%20-%20Pinto%20Gonz%C3%A1lez%20%20Vel%C3%A1squez%20G%C3%B3ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arizmendi, G., y Morales, L. (2016). *Tanatología clínica: Un enfoque integral para el acompañamiento en la enfermedad y el duelo*. Editorial Manual Moderno.
- Bourdieu, P. (2002). *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores. Recuperado de https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Bordieu%20-%20El%20sentido%20pr%C3%A1ctico-3_compressed.pdf
- Bravo, L. (2017). *La tanatología en contextos hospitalarios: Un enfoque integrador*. Fondo Editorial de Salud Integral. Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstreams/fa68d7da-ce15-4187-be0f-6e604a871e69/download>
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1–21. <https://doi.org/10.1086/448619>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Carballeda, A. (2018). *Ruptura biográfica y marcos teóricos*. Recuperado de
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Chárriez, M. (2012). *Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa*. Revista de Psicología, Universidad Veracruzana, 30(1), 50–67. Recuperado de https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf
- Chávez, D., & Juárez, M. (2020). *Humanización del cuidado en pacientes terminales: El papel de la tanatología*. Revista de Cuidados Paliativos, 15 (2), 45–53.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 98 (2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cortina, A. (2015). *Ética del cuidado y dignidad humana en el final de la vida*. Revista Iberoamericana de Bioética, (1), 1–12.
- Coyle, N., & Patrick, D. L. (2008). *Improving end-of-life care: A call to action*. The Gerontologist, 48 (5), 565–570.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: Volver a la vida después de un trauma*. Editorial Gedisa.
- De la Torre, C., & Ramos, P. (2022). *Comunicación y reconciliación en el final de la vida: Impacto de la intervención tanatológica*. Psicooncología, 19 (1), 33–47.
- Díez, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer*. Cuidados Paliativos, 33 (6), 390–397. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Duchesne, A., & Kaul, M. (2014). *Espiritualidad y resignificación en pacientes terminales: Un estudio cualitativo*. Journal of Palliative Care, 30 (3), 125–132.
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196 (4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., & Borasio, G. D. (2004). *Meaning in life in patients with palliative care needs: A phase II trial*

- of a brief psychotherapeutic intervention*. Journal of Pain and Symptom Management, 28(4), 388–398. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.02.004>
- Fernández, A. I. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. Psicooncología, 1 (2-3), 169-180.
- Fernández, A., & Romero, R. (2019). Duelo anticipado en pacientes con enfermedades terminales. *Revista de Psicología Clínica*, 27(3), 119–130.
- Figuerola, L., & Carrillo, S. (2020). Abordaje holístico del paciente terminal desde la tanatología. *Salud Integral*, 24(2), 78–85.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa* (T. del Amo, Trad.). Morata. (Obra original publicada en 1998).
- Flores, M., & Castillo, N. (2021). Cultura de la muerte consciente y decisiones anticipadas. *Medicina Humanista*, 10(1), 55–62.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Herder. Recuperado de <https://www.facilitadores-alfa.org/wp-content/uploads/2020/11/El-hombre-en-busca-de-sentido-Viktor-Frankl-.pdf>
- Frankl, V. E. (2006). *La presencia ignorada de Dios: Psicoterapia y religión*. Herder.
- Garassini, M. E. (2015). *Narrativas de familiares de pacientes con cáncer*. Revista CES Psicología, 8(2), 76–102. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000200005
- Garassini, M. E. (2015). *Psicología positiva: Estudios sobre el bienestar en familias con pacientes oncológicos*. Editorial Universitaria.
- García Hernández, P. (2019). Tanatología y proceso de duelo: Intervención psicológica efectiva. *Psicología Actual*, 15(1), 77–89.

- García, M., & Contreras, L. (2021). *Experiencias de vida y afrontamiento emocional en pacientes con cáncer: Un estudio cualitativo*. Revista Colombiana de Psicología de la Salud, 9 (2), 45–59. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pusf/a/CWYS7WtwNQTyJB3WWbBP3xR/>
- García, R., & Rodríguez, A. (2020). *Factores psicosociales en pacientes con cáncer en Nicaragua: Un estudio exploratorio*. Revista de Salud Pública de Nicaragua, 12 (1), 45-60.
- González, N. A. (2022). *Impacto psicológico del paciente con cáncer*. Recuperado de <https://www.npunto.es/revista/56/impacto-psicologico-del-paciente-con-cancer>
- González, S. (2018). *Tanatología: Ciencia y acompañamiento al final de la vida*. Editorial Universitaria.
- González, S. A. 2023. La Resignificación Del Futuro: Una Conceptualización Del Concepto De Igualdad. *Clepsydra. Revista Internacional De Estudios De Género Y Teoría Feminista*, n.º 25. Recuperado de https://www.ull.es/revistas/index.php/clepsydra/article/view/6124?utm_source
- Guzmán, L., & Rivas, H. (2020). Rompiendo el silencio: La muerte como tema de diálogo en contextos clínicos. *Revista de Comunicación en Salud*, 6(3), 150–162.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books. Recuperado de <https://neuro-class.com/la-recuperacion-del-trauma-segun-el-enfoque-de-judith-herman/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Hernández, R., Cruzado, J. A., Rivas, T., & Cano, A. (2012). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer*. Psicooncología, 9 (1), 115–131. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39299
- Herrera, J. O, Delgado, F. K., Leiva, L. M. Y., & Revol, S. D. (2022). *Referentes teóricos que sustentan la actuación de Enfermería en el cuidado a pacientes con cáncer*.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100019&lng=es&nrm=iso

Herrera, R. (2017). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer en la ciudad de León, julio a noviembre 2016*. [Trabajo de graduación, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León]. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6431/1/232530.pdf>

Hodgson, H. (2008). *Repercusión sociocultural y psicológica de pacientes con cáncer cervicouterino*. Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/6788/1/t431.pdf>
https://www.edumargen.org/docs/2018/curso63/unid02/apunte01_02.pdf

International Association for the Study of Pain (IASP). (2022). *Person-centered pain care: International guidelines for integrating psychosocial and spiritual needs*. IASP.

Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: Research and clinical applications*. Academic Press.

Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

López Bohórquez, D., & Aguilar Ochoa, J. A. (2016). *Psicooncología: un aporte a la atención integral del cáncer*. Universidad CES. <http://hdl.handle.net/10946/3717>

López Méndez, E. (2015). *Tanatología: El arte de acompañar en la enfermedad y el duelo*. Editorial Trillas.

López, C., Gutiérrez, M., & Alemán, R. (2020). *Redes de apoyo y espiritualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. *Psicología y Salud*, 25 (1), 12–28. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200185

Mainetti, J. A. (2014). *Compendio de bioética*. Editorial Quirón.

Martínez, K., y Delgado, R. (2017). *El proceso de morir: Acompañamiento y fin de vida*. Editorial Síntesis.

- Martínez, M. P., & Barreto, C. R. (2017). Reestructuración cognitiva y resignificación en pacientes oncológicos: una aproximación desde la psicología de la salud. *Enfermería en Cuidados Humanizados*. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v11n3/1988-348X-ene-11-03-744.pdf>
- McMillan, S. C., y Tittle, M. B. (2017). *Family caregivers of patients with cancer: Impact of an educational intervention on caregiver burden and quality of life*. Oncology Nursing Forum.
- Meléndez, G. (2018). *Comportamiento epidemiológico del cáncer en pacientes adultos atendidos en Hospital Roberto Calderón Gutiérrez quinquenio 2011-2015*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/Comportamiento%20epidemiol%C3%B3gico%20del%20c%C3%A1ncer%20en%20pacientes%20.pdf>
- Méndez, P., y Jiménez, R. (2020). *Intervención tanatológica y salud emocional: Un enfoque clínico*. Editorial Manual Moderno.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (3.^a ed.). F. A. Davis Company.
- Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez de Nicaragua. (2021). *Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano 2022-2026*. Nicaragua.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). (2024). *Avances en la atención del cáncer en Nicaragua*. Recuperado de MINSa.
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago.
- Narea, M. D. (2023). *La psicooncología: Un apoyo esencial en el tratamiento del cáncer*. Oncovida. Recuperado de <https://oncovida.cl/noticias/la-psicooncologia-un-apoyo-esencial-en-el-tratamiento-del-cancer/>
- National Institute of Mental Health. (s.f.). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Recuperado de

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Prevención y control del cáncer: Estrategias globales*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Medición de la calidad de vida*. Documento OMS/QOL/100. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *La familia: su dinámica y tratamiento*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51592/9275324689_spa.pdf

Ortega, M. E., y Páez, J. A. (2023). *La tanatología como eje transversal en el paciente oncológico: Del diagnóstico al acompañamiento integral*. Revista Iberoamericana de Psicooncología, 15(2), 45-62.

Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.

Pérez García, M. del C. (2017). *La calidad de vida en pacientes con cáncer: una aproximación desde la psicología de la salud* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128056>

Poch, C., y Rueda, R. (2021). *Psicología y salud en situaciones de cronicidad y final de vida*. Editorial Herder.

Radio Valencia. (2025, abril 27). *El sueño de calidad contribuye a mejorar la salud mental de los pacientes oncológicos de avanzada edad*. Cadena SER. Recuperado de <https://cadenaser.com/comunitat-valenciana/2025/04/27/el-sueno-de-calidad-contribuye-a-mejorar-la-salud-mental-de-los-pacientes-oncologicos-de-avanzada-edad-radio-valencia/>

Ramírez, R. P. (2023). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos ingresados en la sala de internos del Hospital Escuela Dr. Manolo Morales Peralta durante*

- el periodo marzo – abril del año 2023*. [Trabajo de graduación para optar al título de licenciatura en Psicología, Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Managua, Nicaragua].
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and management*. Research Press.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Siglo XXI Editores.
- Rini, C., y Ganz, P. A. (2007). *The cancer survivor: Understanding the psychological journey and planning for the future*. Oxford University Press.
- Ríos, F., y López, R. (2018). *Psicooncología: Intervención emocional en el paciente con cáncer*. Editorial Pirámide.
- Rivera, L., y Palacios, M. (2020). *Psicología de la salud: El impacto de las enfermedades crónicas en el proyecto de vida*. Editorial Manual Moderno.
- Rodríguez, M. (2017). *Impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Madrid]. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/686825/alcanniz_rodriguez_monts_errat.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, M. del P. (2013). *Calidad de vida y vínculos afectivos en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Ministerio de Educación de España. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=PyMiu7pblP8%3D>
- Rodríguez, M. L. (2019). *Psicooncología, la importancia de un tratamiento integral*. Hospital Universitario. Recuperado de <https://hospital.uncuyo.edu.ar/psicooncologia-la-importancia-de-un-tratamiento-integral>
- Rowland, J. H., & Deshields, T. L. (2005). *Psychosocial care of cancer patients*. Journal of Clinical Oncology, 23 (8), 1736-1743. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.701>

- Royal College of Psychiatrists. (s.f.). *Enfermedad física y salud mental*. Recuperado de <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/physical-illness-and-mental-health>
- Salas, C., & Garzón, M. O. (2013). Calidad de vida: Una revisión conceptual. *CES Salud Pública*, 4(1), 36–46. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58768614/92-327-1-PB-libre.pdf>
- Salas, C., y Gómez, M. (2021). *El impacto de la intervención tanatológica en la autonomía del paciente oncológico*. *Revista de Bioética y Salud Pública*, 18(1), 112-129.
- Sancho Gil, J. M., & Hernández-Hernández, F. (2020). La investigación sobre historias de vida: de la identidad humanista a la subjetividad nómada. *Márgenes. Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), 110–127. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/19993>
- Saunders, C. (2006). *Velad conmigo: Inspiración para una vida en cuidados paliativos*. San Pablo.
- Saunders, D. C. (2006). *Cuidado paliativo y buena muerte: Principios y prácticas*. Cuadernos de Medicina Paliativa, 13 (1), 5–11.
- Silva, M. A., & Meneses, C. (2018). *Historias de vida de pacientes terminales: Un abordaje fenomenológico*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
- Solís, R. M. (2019). *Caracterización y estadio al diagnóstico de tumores sólidos en el departamento de hemato-oncología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” en el periodo de enero 2017 a diciembre 2018*. Tesis para optar al título de Especialista en Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
- Solórzano, N., y Barragán, M. (2021). *Impacto del acompañamiento tanatológico temprano en el bienestar emocional y la toma de decisiones del paciente con cáncer*. *Revista de Psicooncología y Cuidados Paliativos*, 9(2), 154-171.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Ediciones Paidós.

- Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería*. Aquichan.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/116>
- Universidad Javeriana de Cali. (2019). *Dinámicas familiares en el contexto de supervivientes del cáncer de mama*. <https://vitela.javerianacali.edu.co/bitstreams/40830e95-2026-4b4e-846a-94701a537b54/download>
- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Vargas, L. M., y Moreno, J. H. (2017). *El impacto de la tanatología en la aceptación de la enfermedad y el afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer*. *Revista de Psicología y Salud*, 27(1), 89-104.
- Velásquez, G. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de mama en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes enero 2018 a enero 2019*. [Trabajo de graduación, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua].
<https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16392/1/16392.pdf>
- Vélez, M. X. (2020). *Trastornos emocionales y de adaptación en pacientes oncológicos de la Unidad de Psicooncología del Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Cuenca, periodo 2015-2018*. [Trabajo de graduación para la obtención del título de Psicólogo Clínico, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Psicología Clínica, Cuenca, Ecuador].
- Vukasanovic, J., Ghandi, A. S., y Rioseco, P. (2017). *Spiritual well-being, meaning in life and death anxiety in cancer patients: An intervention study*. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1012-1025.
- Wiener, C. L., y Dodd, M. J. (1993). *Theory of illness trajectory*. *The Chronic Illness Trajectory Framework: The Corbin and Strauss Nursing Model* (pp. 11-25). Springer Publishing Company.

Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Editorial Paidós.

Yélamos, C., & Fernández, B. (2020). *Necesidades emocionales en el paciente con cáncer*. Recuperado de <https://umsacontraelcancer.org/wp-content/uploads/2020/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>

XV. Anexos

Ilustración 1.

Carta de solicitud para validación de instrumento presentada a metodólogo

Managua, 30 de julio de 2025

Estimado maestro PhD. José Jesús Mendoza Casanova,

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos (entrevista semiestructurada) a ser aplicado en el estudio denominado: "Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer".

Doctor Parajón, su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas en relación con los objetivos, variables e indicadores, así como la redacción de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente,

Aura Isabel Villavicencio Leiva

Aura María González Arteaga

Helmuth Arcia Morales

*Recibido
30-07-25*

Nota. Carta de solicitud para validación de instrumento presentada al PhD. José Mendoza

Ilustración 2.

Formato para validación de instrumento presentado a metodólogo

Fecha: 30 / 07 / 2025

Nombre de los autores:

Aura María González Arteaga

Aura Isabel Villavicencio Leiva

Helmuth Arcia Morales

Revisión No: _____

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con las variables:

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

4. Redacción de las preguntas:

Excelente: (X) Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

Nota. Formato de validación de instrumento completado por el PhD. José Mendoza

Ilustración 3.

Formato para validación de instrumento aprobado presentado a metodólogo

Valoración global del instrumento:

	Instrumento
Aprobado	✓
Pendiente	
Rechazado	
Venir a comité	



PhD. José Jesús Mendoza Casanova

Centro de Investigación UNICA

Email: investigacion4@unica.edu.ni

Nota. Formato de validación de instrumento aprobado por el PhD. José Mendoza

Ilustración 4.

Carta de solicitud para validación de instrumento presentado a psicóloga

Managua, 02 de agosto de 2025

Estimada Lic. Martha Gallo,

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos (entrevista semiestructurada) a ser aplicado en el estudio denominado: "Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer".

Licenciada Gallo, su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas en relación con los objetivos, variables e indicadores, así como la redacción de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente,

Aura Isabel Villavicencio Leiva

Aura María González Arteaga

Helmuth Arcia Morales

Lic. Martha I. Gallo G.
Psicóloga
Céd. única 25546
UNAM-Managua

Recibido
Martha I. Gallo

Nota. Carta de solicitud para validación de instrumento presentada a la Lic. Martha Gallo

Ilustración 5.

Formato para validación de instrumento presentado a psicóloga

Fecha: 02 / 08 / 2025

Nombre de los autores:

Aura María González Arteaga

Aura Isabel Villavicencio Leiva

Helmuth Arcia Morales

Revisión No: _____

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Excelente: () Muy Buena: ☒ Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con las variables:

Excelente: ☒ Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Excelente: () Muy Buena: ☒ Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

4. Redacción de las preguntas:

Excelente: ☒ Muy Buena: () Suficiente: () Insuficiente: ()

Observaciones:

Nota. Formato de validación de instrumento completado por la Lic. Martha Gallo

Ilustración 6.

Formato para validación de instrumento aprobado presentado a psicóloga

Valoración global del instrumento:

	Instrumento
Aprobado	
Pendiente	
Rechazado	
Venir a comité	

Lic. Martha I. Gallo G.
Psicóloga
Cód. Minsa 23648
UNAN-Managua



Lic. Martha Gallo

Psicología Clínica Oncológica Hospital Salud Integral

Email: marthisabelgg@gmail.com

Nota. Formato de validación de instrumento aprobado por la Lic. Martha Gallo

Ilustración 7.

*Carta de Autorización para Investigación***Carta de Autorización para Investigación**

Managua, Nicaragua
13 de agosto, 2025

Estimada Dra. Karina Bravo Velásquez
Coordinadora Programa Oncológico Hospital Salud Integral
Clínica Oncológica Hospital Salud Integral

Nos dirigimos respetuosamente a usted para presentarnos como equipo investigador pertenecientes al último año de la carrera de Psicología. Actualmente como parte de los procesos académicos llevados a cabo en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), estamos desarrollando nuestro trabajo monográfico como forma de culminación de estudios con el tema: **Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral**. Por lo anterior, solicitamos formalmente su apoyo y autorización para llevar a cabo esta investigación académica, bajo los términos y condiciones que se detallan a continuación.

Descripción	Esta investigación tiene como objetivo documentar y analizar el impacto psicológico en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, con el fin de generar información que contribuya a mejorar la atención integral y el bienestar emocional en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral. El estudio parte del reconocimiento de que el diagnóstico oncológico implica una experiencia subjetiva compleja, que afecta no solo la salud física, sino también los vínculos afectivos, la narrativa personal y la percepción de calidad de vida. En un contexto donde las dimensiones emocionales del padecimiento suelen ser sub-atendidas, esta investigación busca visibilizar las vivencias psicológicas de los pacientes para fortalecer prácticas clínicas más empáticas y contextualizadas. Se espera que los hallazgos contribuyan a la humanización de los servicios oncológicos, promoviendo un abordaje ético y relacional que integre el cuidado emocional como parte esencial de la atención médica.
Metodología	Esta investigación, según su tipo de enfoque, es cualitativa; según su tipo de aplicabilidad, es aplicada; según su profundidad, es de tipo descriptiva y explicativa; según su tiempo, es de tipo transversal; y según su diseño, es de campo. El estudio se realizará con pacientes adultos/jóvenes diagnosticados(as) recientemente con cáncer en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral. La recolección de datos se efectuará en un periodo aproximado de dos semanas, mediante entrevistas semiestructuradas individuales con una duración estimada de 45 a 60 minutos. Se garantizará la confidencialidad de la información y el cumplimiento de los principios éticos que rigen la

	investigación con seres humanos, incluyendo el consentimiento informado y el respeto por la integridad emocional de los participantes.
--	--

A través de la presente, nos comprometemos a que toda la información recolectada sea manejada con estricta confidencialidad y utilizada exclusivamente para fines académicos, respetando los lineamientos éticos y legales vigentes. Asimismo, entregaremos un informe final con los resultados y hallazgos relevantes que puedan ser de interés para la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral.

Autorización:

☒ Autorizado
☐ No Autorizado

Comentarios o condiciones:

Nombre: Dra. Karina Bravo Velásquez
Cargo: Coordinadora Médica Clínica Oncológica Hospital Salud Integral

Firma y sello:

HOSPITAL SALUD INTEGRAL
Dra. Karina Bravo Velásquez
COORDINADORA MÉDICA
CONSULTA EXTERNA
CÓD. MINSA 63170



Agradecemos de antemano su apoyo y colaboración para llevar a cabo esta investigación. Para cualquier consulta o aclaración, por favor no dude en contactarnos a través de los datos proporcionados. Quedamos atentos a su amable respuesta.

Por este medio, quienes suscriben:

1. Aura Isabel Villavicencio Leiva
avillavicencio3@unica.edu.ni
86748083
2. Aura María González Arteaga
agonzalez26@unica.edu.ni
78989751
3. Helmuth Arcia Morales
harcia@unica.edu.ni
76036509
4. MSc. Eduardo Navarrete López
Profesor investigador
(Dirección de Investigación e Innovación)

Msc. Eduardo Navarrete López
PSICÓLOGO CLÍNICO-FORENSE
Cód. MINSA 28914

Nota. Carta de autorización para investigación presentada a la Dra. Karina Bravo para realizar el estudio en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral

XVI. Apéndices

Apéndice A. Formato Consentimiento Informado

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio titulado: Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua, desarrollado por la estudiante [] de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), en el marco del proceso de obtención del título de [tu carrera].

Este estudio se llevará a cabo en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral de Managua y tiene como finalidad principal documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua. Se me ha explicado que mi participación consistirá en *[descripción breve de la entrevista]*, la cual es completamente voluntaria. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será manejada de manera **confidencial**, utilizada únicamente con fines académicos y protegida conforme a las normas éticas de investigación vigentes.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis inquietudes. Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello represente perjuicio alguno para mí.

Con pleno conocimiento de lo anterior, autorizo mi participación voluntaria en este estudio. Acepto recibir una copia del presente consentimiento informado y ser informado(a) sobre los resultados generales de la investigación una vez concluida.

Firma del participante: _____

Cédula de identidad: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____

Apéndice B. Formato de Entrevista

Entrevista semiestructurada a pacientes oncológicos sobre su experiencia durante el proceso diagnóstico

Encuadre de la entrevista

La presente entrevista, realizada por estudiantes investigadores de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), forma parte del estudio titulado *“Relatos de vida sobre el impacto psicológico del proceso de diagnóstico en pacientes con cáncer”*. Su objetivo es documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua por tanto, el propósito de este instrumento es explorar las vivencias emocionales, cognitivas y conductuales que surgen ante el diagnóstico oncológico, en un ambiente de escucha respetuosa.

Privacidad y Consentimiento

La participación es voluntaria y se realizará bajo estrictas normas éticas de confidencialidad y anonimato. No se registrarán nombres, ni se divulgará ninguna información que permita identificar a los participantes, sin embargo, usted tiene la opción de escoger un nombre de su preferencia que puede estar relacionado con el nombre de una flor, animal, lugar, etc. Asimismo, se establecerán códigos para el manejo interno de los relatos, garantizando su resguardo ético y académico.

Inicio de Grabación y Consentimiento

Hoy es [fecha], estamos conversando en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral con el/la señor(a) [nombre]. ¿Está usted de acuerdo con que grabemos esta entrevista?

Preguntas introductorias

Antes de comenzar, me gustaría que hablemos un poco sobre usted. Cuéntenos cómo le gusta que le llamen, en qué etapa de la vida se encuentra, y cómo es el lugar donde vive. Explíquenos

quiénes son las personas que lo acompañan en su día a día, cómo es su familia, y si hay recuerdos o actividades que aún le alegran el corazón. Coméntanos también cómo se describiría como persona, incluyendo cómo se ve físicamente y qué cree que dicen los demás de usted. Finalmente, cuéntenos cómo ha estado sintiéndose últimamente y cómo percibe su salud en este momento.

Preguntas de seguimiento

- ¿Cómo ha estado sintiéndose últimamente, en general?
- En este camino, ¿ha pasado por alguna operación o tratamiento fuerte que haya implicado algún cambio importante en su cuerpo?
- ¿Cómo describiría su estado de salud en este momento, desde su propia mirada?

Bloques temáticos y preguntas

Conocer la dinámica de vida del paciente previo al proceso de diagnóstico.

Antes de recibir el diagnóstico, cada persona tenía una vida con rutinas, vínculos, emociones y momentos que formaban parte de su día a día. Nos gustaría conocer cómo era esa etapa en su caso, qué hacía normalmente, cómo se sentía, y con quiénes compartía su tiempo. No hay formas correctas de contar esta experiencia; lo importante aquí es entender cómo era su vida cotidiana y cómo la vivía usted antes de este proceso.

Pregunta madre:

Cuéntenos cómo eran sus días antes de recibir el diagnóstico. Nos interesa conocer cómo era su rutina, su vida cotidiana y los vínculos que tenía. Cada experiencia es única y queremos conocer la suya.

Preguntas guía:

- ¿Cómo describiría usted su vida cotidiana antes de recibir el diagnóstico, relacionado con su identidad narrativa vinculada a su rol en los ámbitos familiares, laborales, sociales?, ¿Qué actividades solía disfrutar o realizar con frecuencia?
- Hablemos un poco sobre las personas con las que compartía su vida en ese momento. Coméntanos con quiénes se relacionaba más frecuentemente y cómo eran esos vínculos.
- Coméntanos, ¿se cuidaba a sí mismo(a) antes de conocer el diagnóstico? ¿De qué forma lo hacía? ¿Tenía alguna rutina relacionada con su salud física o emocional?
- Cuéntenos, ¿padeció alguna enfermedad antes de este diagnóstico? ¿Puede compartir cuáles? ¿Existe en su familia historial de un diagnóstico similar al suyo?
- Coméntanos cómo percibía su cuerpo antes de este proceso. ¿Qué lugar ocupaba para usted el bienestar físico y mental en ese momento?
- Hablemos un poco sobre sus planes personales antes del diagnóstico. ¿Cuáles eran sus metas, sus sueños, o proyectos importantes en ese momento de su vida?
- Cuéntenos, ¿cómo fue su primera sospecha?

Identificar reacciones en comportamiento, cognición, estados de ánimo y emoción.

Me gustaría que pudiéramos conversar un poquito sobre ese momento en que recibió el diagnóstico. Sé que no es sencillo recordarlo, pero muchas veces ese instante, y los días que le siguen, están llenos de emociones, pensamientos e incluso cambios que marcan un antes y un después. Me interesa conocer cómo lo vivió usted, qué pasó por su mente, cómo se sintió, y cómo ha ido afrontando todo esto con el paso del tiempo. No hay respuestas correctas ni equivocadas; lo importante aquí es lo que usted vivió y lo que significó para usted.

Pregunta madre:

Cuéntenos cómo fue para usted recibir el diagnóstico y qué pasó dentro de usted en esos primeros días.

Preguntas guía:

- ¿Cómo asumió usted el diagnóstico? ¿Cuál fue su mayor miedo? ¿Qué fue lo primero que pensó? ¿Qué reacción asumió? Coméntanos, ¿cómo fue ese día desde que se levantó hasta que se acostó?
- Cuénteme, ¿qué fue lo que sintió con más fuerza en ese momento? ¿Hay alguna emoción que haya quedado muy presente en su recuerdo?
- Explíqueme, ¿qué tipo de pensamientos pasaban por su cabeza en esos días? ¿Hubo alguna idea o imagen que se quedaba con usted y no podía apartar? ¿Qué pensamiento era? ¿Qué emoción y sensación? ¿Cómo influyó esto en su comportamiento?
- Coméntanos, ¿ha notado algún cambio en su manera de actuar o en cómo se relaciona con otras personas desde entonces? ¿A qué cree que se deba esto?
- Cuénteme, ¿qué ha hecho usted para seguir adelante? ¿Hay algo —una actividad, una persona, una creencia— que le haya dado fuerza o le haya acompañado especialmente? Cuénteme, ¿cómo apareció? ¿Qué significado tiene para usted?
- Coméntanos, ¿ha buscado apoyo en alguien o en algún lugar que le haya hecho bien durante este tiempo? ¿De qué manera esa ayuda fue significativa para usted?

Analizar el impacto psicológico derivado de las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales en la calidad de vida actual del paciente.

Ahora me gustaría que conversáramos sobre cómo ha sido su vida actualmente a partir del diagnóstico y tratamiento. Este espacio busca comprender de qué manera la experiencia con el cáncer ha influido en su día a día, en las decisiones que toma, en su manera de ver el futuro y en

las personas que le rodean. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que nos interesa es conocer su vivencia y lo que esta experiencia significa para usted.

Pregunta madre:

Cuénteme cómo ha sido para usted esta etapa desde el diagnóstico y el tratamiento. Nos interesa saber de qué forma esta experiencia ha impactado su vida cotidiana, sus decisiones, sus vínculos y la manera en que proyecta su futuro. Coméntanos qué ha significado para usted atravesar este proceso.

Preguntas guías:

- Cuénteme, ¿Cómo ha sido su vida después de todo lo antes conversado (diagnóstico)?
- Coméntanos, en cuanto a sus metas personales, ¿cree que esta experiencia ha cambiado lo que desea o lo que considera importante para su vida? ¿Qué ha cambiado en su forma de ver la vida, el mundo, la familia, etc.? ¿Qué no ha cambiado?
- Explíqueme, ¿qué tan significativo ha sido para usted el apoyo social, emocional, espiritual, etc., en este proceso?
- Cuénteme, ¿hay algo que le ayude a darle sentido o propósito a todo lo que está viviendo con la enfermedad? ¿Qué es? ¿Quién es? ¿Cómo empezó a tener ese significado para usted?

Cierre

- ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia? ¿Hay cambios relevantes? ¿Qué disfrutas ahora que no disfrutabas antes? ¿Qué cosas han cambiado para valorizar tu entorno, tu familia, tu vida, tus viajes, etc.?
- ¿Qué mensaje le gustaría dejarle a alguien que esté iniciando este camino?

Apéndice C. Carta de presentación de protocolo



Managua, Nicaragua

19 de agosto, 2025

Estimados/as representantes de la dirección médica del Hospital Salud Integral:

Por medio de la presente, les hacemos llegar el protocolo de nuestra investigación, en atención a su solicitud. Somos estudiantes de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), y nuestro estudio tiene como objetivo identificar el impacto psicológico que genera el diagnóstico de cáncer, a partir de relatos de vida de pacientes.

Respetuosamente, solicitamos su autorización para visitar las instalaciones de la clínica y realizar entrevistas a pacientes que, de manera voluntaria, deseen participar en el estudio.

Agradecemos de antemano su tiempo y disposición, y quedamos atentos a su pronta respuesta.

Atentamente,

Aura Villavicencio

Aura González

Helmuth Arcia

Apéndice D. Consentimiento Informado Sor Bertha



Consentimiento libre e informado.

Yo, Bertha del Carmen Luna Dumas, en pleno uso de mis facultades, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio titulado: Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua, desarrollado por la estudiante Aura María González Arteaga, de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), en el marco del proceso de obtención del título de Licenciatura en Psicología.

Este estudio se llevará a cabo en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral de Managua y tiene como finalidad principal documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua. Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista semiestructurada que consta de 3 partes, la cual es completamente voluntaria. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será manejada de manera **confidencial**, utilizada únicamente con fines académicos y protegida conforme a las normas éticas de investigación vigentes.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis inquietudes. Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello represente perjuicio alguno para mí.

Con pleno conocimiento de lo anterior, autorizo mi participación voluntaria en este estudio. Acepto recibir una copia del presente consentimiento informado y ser informado(a) sobre los resultados generales de la investigación una vez concluida.

Firma del participante: BerthaCédula de identidad: 361 040181 0002 FFecha: 26/09/2025Firma de la investigadora: A. González

Apéndice E. Consentimiento Jasmina Paredes



Consentimiento libre e informado.

Yo, Jasmina del Filina Barrios Rodez, en pleno uso de mis facultades, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio titulado: Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua, desarrollado por la estudiante Aura Isabel Villavicencio Leiva, de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), en el marco del proceso de obtención del título de Licenciatura en Psicología.

Este estudio se llevará a cabo en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral de Managua y tiene como finalidad principal documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua. Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista semiestructurada que consta de 3 partes, la cual es completamente voluntaria. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será manejada de manera **confidencial**, utilizada únicamente con fines académicos y protegida conforme a las normas éticas de investigación vigentes.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis inquietudes. Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello represente perjuicio alguno para mí.

Con pleno conocimiento de lo anterior, autorizo mi participación voluntaria en este estudio. Acepto recibir una copia del presente consentimiento informado y ser informado(a) sobre los resultados generales de la investigación una vez concluida.

Firma del participante: 

Cédula de identidad: 003-250964-0003V

Fecha: 06-09-2025

Firma de la investigadora: 

Apéndice F. Consentimiento Elizabeth



Consentimiento libre e informado.

Yo, Ligio Marina Corrales Martínez, en pleno uso de mis facultades, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio titulado: Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua, desarrollado por la estudiante Aura María González Arteaga, de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), en el marco del proceso de obtención del título de Licenciatura en Psicología.

Este estudio se llevará a cabo en la Clínica Oncológica del Hospital Salud Integral de Managua y tiene como finalidad principal documentar las experiencias del impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso de diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua. Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista semiestructurada que consta de 3 partes, la cual es completamente voluntaria. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será manejada de manera **confidencial**, utilizada únicamente con fines académicos y protegida conforme a las normas éticas de investigación vigentes.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis inquietudes. Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello represente perjuicio alguno para mí.

Con pleno conocimiento de lo anterior, autorizo mi participación voluntaria en este estudio. Acepto recibir una copia del presente consentimiento informado y ser informado(a) sobre los resultados generales de la investigación una vez concluida.

Firma del participante:

Cédula de identidad:

001-031073-0003V

Fecha:

12/11/2025

Firma de la investigadora:

Apéndice G. Transcripción Entrevista Sor Bertha

SB: Bien, no se preocupen. Bueno, como ya me presenté, me llamo Berta del Carmen Luna Dumas, de nacionalidad nicaragüense. Y estoy trabajando aquí en Managua, en un colegio.

Bueno, mi experiencia fue... Bueno, yo sentía en mi salud un problema que no podía como tragar bien. Y entonces, el proceso fue para detectarme que tenía cáncer bastante largo y difícil, porque me llevaron a un médico, a otro, a otro, y yo seguía diciendo que me sentía mal de la garganta. Pero hubo un día que me puse muy delgada y las fuerzas se me agotaron.

Y yo lo expresé a mis hermanas y dije que me sentía mal y que no podía, no podía como ir al trabajo porque no tenía fuerzas. Y entonces ellas me mandaron, al siguiente día me mandaron a hacerme un ultrasonido de cuello. Y yo miraba que el médico escribía mucho y a mí me entró como el miedo, ¿verdad?, de que, ¿Qué pasa, doctor? ¿Qué pasa, doctor? No nada, me decía, espéreme que después hablamos.

Y eso de que después hablamos y eso de escribir mucho y esperando. Y me volví a pasar la máquina esa aquí. Yo ya estaba temblando de miedo.

Pero al fin ya terminó el proceso del examen. Y me dijo, ¿usted tiene médico de cabecera hermana? No, me dijo. ¿Por qué, doctor? ¿Quién le mandó a hacer ese examen? Yo le dije que las hermanas me mandaron porque yo siento como una dificultad para tragar.

Vea me dijo, es importante que usted busque una ayuda médica porque tiene nódulos y esos nódulos se notan que son malignos. Y entonces pues resulta que las hermanas empezaron a buscar un médico oncólogo, un patólogo y me mandaron a hacer la biopsia. Para ese tiempo yo me fui a retiro a Guatemala y allá estando, allá pues yo me puse en oración.

Como un medio tan importante para nosotros los católicos es saber que hay un Dios que lo puede todo. El afianzarse en la fe es como algo grande. Y en ese momento yo le pedí a Dios tres cosas.

Que yo pudiera encontrarme un buen médico. Que Él me proporcionara esa persona. Y otra de las cosas que le pedí es que esta enfermedad fuera tratable y que yo no me resistiera a nada porque cuando un enfermo de cáncer o cualquier enfermedad se resiste a este proceso pues se lo mueren rápido, ¿verdad? Porque es complicado tener la enfermedad y una resistencia por encima es difícil.

Entonces, estando allá, yo ya me habían hecho la biopsia del doctor y me dijo que entre quince días ya estaba el resultado. Para esos quince días todavía estaba allá y yo llamé a mi superiora y le pregunté que qué sabía de los resultados. Ella no me quiso ofrecer nada porque me iba a asustar y yo me iba a poner a llorar y ya no iba a vivir el retiro.

Pero sí, ella me había mandado un videito donde ella decía que juntas íbamos a salir adelante. Cuando a mí me llegó ese video, yo sospeché muchas cosas y entendí muy bien de qué seguro que tenía cáncer. Para que ella me haya dicho eso, es decir, ella no me dijo, pero me mandó ese video.

Mire cómo hay el impacto de esa enfermedad en la vida de los seres humanos. Y bueno, yo llegué y ya me vine de regreso a Nicaragua. Me fueron a traer al aeropuerto.

Yo no pregunté nada, nada. Mi superiora me dijo, Sor Bertha vamos a ir a algún médico con la doctora para ver el resultado. Ella ya lo sabía.

Pero ella quería que la doctora me dijera con boca de ella, con su voz, qué era lo que pasaba. Bueno, nos fuimos en la tarde y esperamos a la doctora allí en el consultorio. Y a ella me sentó como estamos ahorita, con la hermana aquí y todo.

Y ella me dijo, hermana: “Usted tiene cáncer”, yo sentí en ese momento morirme. Dios mío, cuando a uno le dicen un diagnóstico de cáncer, es como que te vas a morir. ¿En el momento? En el momento, sí.

Porque uno lo sabe, ¿verdad? Bueno, pero ella me dijo, no, no se preocupe. ¿Y de qué se preocupa tanto? Si usted no tiene hijos, no tiene a quién dejar llorando. Pero yo amo la vida, esencial.

Yo, doctora, yo amo mi vida, yo estoy joven y yo quiero seguir adelante. Y me dijo, bueno, pues tranquilícese. Porque esa operación, me dijo, no la va a matar.

Ya me dijo que me iban a operar, que me iban a sacar la tiroides, que después tenía que tomar una pastilla que se llama la levotiroxina, que reemplaza las hormonas de la tiroides. Y que esa operación no era nada, que vendrían cosas más difíciles de estar tolerando el disfuncionamiento que eso resulta después de retirar la tiroides, ¿verdad? Bueno, nos fuimos ya para la casa. Yo no tenía seguro.

Y entonces las hermanas ya me dijeron que me iban a asegurar. Y así fue. Ya mi hermana, mi hermana superiora, sabía de qué yo, yo, de que el mejor médico donde estaba de cabeza y cuello.

Y ella sabía porque una tía de ella, la habían operado hace unos meses y la habíamos cuidado en la casa. Y ella tenía como ya, mire como es Dios, por medio de la fe. Entonces, estando ya asegurada, entonces yo me fui a pasar la primera consulta allá en el hospital, en el otro hospital.

Y de ahí ya, pues me hicieron exámenes. El doctor me dijo que tenía que apurarse hermana. Y el médico le voy a hacer todos los trámites.

Y el médico, un joven muy bueno. Entonces, el médico, no se aflija hermana, que usted no se va a morir de eso. Pero yo, mire, no podía dormir.

Siempre con el temor. Con el temor de que yo me iba a morir. A pesar de que la doctora me había dicho que yo no me iba a morir de eso.

Pero tenía un miedo a pesar de la fe que yo tengo. A pesar de que yo confío en ese señor. Pero eso es como un impacto mentalmente.

Y entonces, ya vine a, y me dijeron, ¿Quiere ayuda psicológica, hermana? Sí, le digo. Entonces me mandaron a la clínica Nazaret. Entonces, ya allá yo llamo, me recibió la licenciada.

Y hablamos, y ella me dijo lo que tenía que hacer. Y luego me llamaron, que era el programa de oncología. Y aquí me encontré a la licenciada Martita.

Que ella, para mí, Dios me la ha puesto por el camino. Ella me ha ayudado muchísimo a entender cómo vivir la vida distinta. Porque muchas cosas, enfermedades, son por el desarreglo que uno hace en la vida.

No cuidar las emociones, no trabajar y darte, y no pensar en ti mismo, los problemas. Todo eso afecta la salud, la alimentación. Ah, pues, y entonces, ya me vio el doctor... Como es bien alegre también, yo digo, ellos lo reviven a uno en esa pena.

Entonces, seguro que les va a tocar muchas cosas que tienen que ayudarle a su gente.

A: Claro, y créanme que, como usted dice, todo este proceso tiene sus etapas, ¿no? De descubrir, de pensar si hago esto a uno u otro, qué podría sacar de eso, qué podría pasar. Es muy valiente. Encontrar la fe en medio de la enfermedad y venir uno y cuestionarse muchas cosas, como dice usted ¿no? El sistema de salud, como dice usted la psicóloga que la ha apoyado. Pensar en que hay personas, como tú mencionas, psicólogas, que tienen que cuidar un proceso. Pero, quería decirle eso primero, y gracias por contarme esto para usted. Quería preguntarle, si... Porque mencionó aquí en Guatemala, ¿Usted cuando recibió la noticia estaba en un hospital?

S.B: Yo sospechaba, estaba en retiro, hace un año en octubre.

En un año, ok. Entonces, ya después, después de que vine, ya pasé la consulta con ella, y yo dije, esto es muy bonito. Porque aquí, la psicóloga, la nutricionista, y el doctor, el oncólogo, y el internista, y para mí, venir aquí, es como, reencontrarme como si fuera una familia.

Y así siento yo, yo vengo como con un cariño, una disposición, porque me recibo una psicóloga que es muy, muy de Dios, y me ha ayudado mucho. Y, y el doctor también, pues ya resultó que me operaron, no he terminado de contarle mi historia todavía, entonces vine a operarme, y yo, yo estaba confiada en el señor ya, porque fue un proceso que al final entendí que las enfermedades no solo vienen para destruirte, sino para un cambio en la vida personal, emocional, física, todo, eso es un todo, removió todo, esa enfermedad en mí. Y, y removió, no para removerme nada más, sino para hacer un cambio en mi vida, que es lo que yo ahora estoy viviendo.

Después de, ahora que, que ya me operaron, yo me siento libre, pues, y una de las cosas más hermosas es que aprendí a vivir el día a día. Sin andar pensando mucho en el pasado, en lo que ya fue, ni estar esperando en el futuro, sino enfocarme en el día a día.

A: Que una de las cosas más difíciles.

S.B: Más difícil, porque la mente de uno corre para acá, corre para allá, y es, es casi, es un proceso largo y difícil.

A: Sí, como dice usted, a veces pasamos mucho o atrás en el pasado.

S.B: Pero nunca estamos en el presente, es bastante difícil. Solo Dios, la vida que me ha dado aquí, y, y mi esfuerzo.

A: Claro, no se puede quitar el mérito de llevar el proceso, porque, ¿hiciste eso ya un año? Sí, un par de días. Después de un año de proceso, y ha venido redescubriéndose, y viendo que

cosas nuevas le interesan. Le he mencionado como el nuevo significado que le da ahora a la vida, y creo que eso es algo que tal vez pasamos por alto a veces, ¿verdad? Uno nunca sabe.

Me gustaría preguntarle sobre, antes del diagnóstico, antes que usted tuviese ese como incertidumbre de saber, o sea, antes de eso, ¿cómo era su vida? ¿Cómo usted, o sea, pasaba, estaba en su trabajo? ¿Cómo usted vivía antes del diagnóstico?

S.B: Yo, yo vivía en El Salvador. En ese lugar donde yo vivía, la gente era como muy cariñosa. Me tenían mucho aprecio, y yo a ellos.

Cuando me dicen, Sr. Berta, ¿te vas a ir a Nicaragua. Para mí fue un impacto, a pesar de que era mi patria. Pero, me consolaba algo. Que yo, cuando me hice hermana, quería era ayudar a los jóvenes a salir adelante.

¿Cómo? No dando de dinero, sino promoviéndolos en la educación. Y yo me hice maestra por eso. Yo estudié para maestra por esa razón.

Entonces yo dije, si yo he dado toda mi vida ayudando a los jóvenes en otros países, ¿por qué no hacerlo en mi propio país? Y eso me movió a mí a darle con ganas. Y entonces, me pusieron de coordinadora de la secundaria en el colegio. Mi vida fue muy agitada en ese momento.

A: ¿La secundaria?

S.B: Sí, en la secundaria me dieron trabajo esos chavalos. Pero, tengo una satisfacción muy grande. Que hice lo que tenía que hacer en ese momento.

Y yo digo, ciertamente creo que de tanto estrés me pude haber enfermado. Yo digo que parte de esta enfermedad fue el estrés que yo viví.

A: ¿Cuándo estaba en la secundaria?

S.B: Cuando estaba en la secundaria, porque yo miraba los problemas de los muchachos, la disciplina, los padres de familia que a veces le echan la culpa solo a uno, de los problemas de los jóvenes.

Los jóvenes con muchos problemas emocionales. Ay, tú sufres con ellos también. Entonces, creo que eso, así fue mi vida.

Yo andaba de carrera para acá, carrera para allá. Resolviendo un problema y resolviendo otro. Así estaba mi vida.

A: ¿Hay alguna persona? Que usted recuerde de ese periodo. Una persona que estuvo con usted, que sea significativa en ese tiempo. Mientras estaba en el colegio, viniendo acá en Nicaragua en el regreso.

S.B: Sí, la psicóloga. Ella trabajaba como supervisora en el colegio. Entonces, nos montábamos y nos contábamos las cosas que pasaban, los problemas.

Ella, como psicóloga, yo le tuve mucha confianza, le tengo todavía. Para mí fue y sigue siendo ella muy significativa en mi vida. En ese proceso, antes de ese proceso.

Yo me acuerdo de que ella me dijo, Sor Bertha, ahora que está enferma, yo quiero que usted salga de ahí un momento. La voy a llevar a pasear me dijo. Yo ya estando enferma.

No cualquier persona hace eso. Entonces, creo que ella significa mucho para mí. Y por supuesto que la familia de uno, la hermana, los amigos.

Yo en el Salvador que tengo más conocidos. Una llamada todos los días, ¿cómo va, Sor Bertha? Todo eso me ayudó muchísimo.

A: ¿Tuvo para usted un pequeño motorcito?

S.B: Sí, las amistades.

A: Qué importante, ¿verdad? Que es tener un vínculo. Algo que le traiga de regreso. Y que le ayude como le dijo su amiga, su psicóloga.

Salir de. A veces, cuando está una persona en situación difícil, tendemos a ir al centro y no vemos de fuera.

Yo quería preguntar a usted si, cuando usted estaba en el proceso, antes del proceso, ¿había alguna situación que usted tuviese que lo recuerde como algo difícil?

S.B: Sí. Son tantas cosas, pero como la que me marcó, yo viví el tiempo, yo ya soy mayorcita, viví mi niñez, toda mi niñez fue en el tiempo de la guerra. Para mí eso me marcó muchísimo. Yo vi muchas cosas duras que la guerra trae.

Entonces yo tuve mucho miedo a la muerte, mucho miedo a... Yo he sido como muy nerviosa. Pero a raíz de eso, yo considero que fue eso. Yo tenía mucha inseguridad.

A: Le pregunto, ¿hace más o menos cuánto tiempo vino a Nicaragua de regreso?

S.B: Yo pasé como 18 años fuera de mi país. Y volví hace como dos años o tres.

A: Hace no mucho.

Yo quería preguntarle a usted, ¿cómo atravesó el proceso de sentir su cuerpo sano? Porque en todo momento de que se sintió como mal, y ya venía como pensando si algo estaba pasando, ¿cómo usted vivió ese proceso de sentirse sano o saludable? A lo largo de un tercero. ¿Algo con tu cuerpo? No sé si alguna vez tuvo ustedes ese pensamiento de decir, hace poco me sentía sana y ahora me siento, no sé, mal de un cuerpo.

S.B: Sí, y lo más triste de eso es... Toda una vida, yo viví mi vida muy, muy, ¿cómo le digo? Trabajando.

Trabajando a todo dar. Y luego que... Porque tuve la dicha también de que mis superiores me dijeran, quédate en la casa un tiempo. Pero eso de sentir que quédate en tu casa un tiempo, yo lo agradezco.

Porque, pues sí, no todas las personas tienen esa dicha de quedarse en casa por mucho tiempo. Tienen que trabajar. Pero sí fue algo muy difícil para mí.

De venir de una vida muy, muy ágil, acelerada, a quedarme sentada allí. Yo siempre busco que hacer, aunque esté en la casa, comprarme una lana que voy a tejer, y me invento aquí un

tapete, aquí un gorro, las plantas, la perra que hay en la casa, poner una macetera por aquí que se vea bonita la casa, que sea distinto. Eso yo he hecho. Y eso me ha servido como terapia. Sí. Pero fue difícil.

De estar bien, a no estar eso. Y saber de esa enfermedad como es. Incluso a veces se me viene a la mente y digo: “y si me vuela a dar”, y comienza la mente, no.

Tienes que vivir tu día a día. Y vuelvo otra vez al tener que vivir al día, porque eso es un trabajo. Llevar la mente al hoy. Y se te vuelve a ir y volverla a traer de nuevo.

A: Es como entrenar. Entrenar el cerebro.

S.B: Sí, entrenar. Me ha ayudado mucho a escuchar a esos grandes psicólogos como Mariano, Mariano Roja, Mario, es un gran médico, pero también es un cirujano, pero también se dedicó a la investigación del cerebro, cómo las enfermedades actúan. Y eso a mí me ha ayudado muchísimo también.

A: Y es bueno que usted tenga esa curiosidad de saber un poquito más allá, de querer entender un poquito más allá también. Porque esto de entrenar el cerebro, como decías, es un día a día también, de conocerse, de agarrar los pensamientos y traérselos de regreso uno. Estamos aquí en el hoy.

Hoy es el día, hoy estamos acá, hoy estamos haciendo esto. Creo que, y me quería decir acá usted que cuando usted llevó su trayectoria, como dice, de ir muy rápido a luego detenerse por un tiempo, se siente como un día para el otro.

S.B: Sí. Un cambio repentino, de un día a otro.

A: ¿Usted cree que, viendo esos cambios de rutina, así, de un solo, de qué forma, y si yo pudiera ponerle un nombre, ¿de qué forma usted puede darse sentido cuando se da cuenta de ese cambio? ¿Qué nombre le pondría a usted?

S.B: ¿Qué nombre le pondría a ese cambio de mi vida que yo tuve? Ay, ni idea tengo, fíjese. Pausa, que se yo, Pausa en todo, en todo aspecto de mi vida.

Porque llevo en la carreta todas las emociones, los sentimientos, todo, yo lo llevaba a un solo desorden. Sí.

A: ¿Y ese tiempo en pausa, usted cree que tal vez de alguna forma usted cree que le pudo ayudar a los demás?

S.B: Claro.

A: Emocionalmente.

S.B: Porque yo no tenía una orientación, en aquel momento. Yo llevaba mi vida porque, así como cayera, porque yo no tenía una orientación.

Ahora, a nivel emocional, yo tengo una orientación. ¿Qué hacer cuando me siento con ansiedad? Porque a mí me da ansiedad. ¿Qué, qué le voy a hacer? Respiraciones, como me ha enseñado ahora la licenciada, respiraciones, meter, meter mis manos en agua fría, tomarme un poquito de agua, respirar fuerte, irme a distraer, ya sea con las plantas, hay un montón de cosas para poderse mejorar uno.

Lo que pasa es que uno no tiene esas herramientas. Ustedes porque son estudiantes de psicología, ya ustedes saben, si ustedes no se mejoran, así mismo es porque no quieren, pero herramientas ya las tiene. Es distinto a uno que no tiene esos conocimientos.

A: Claro. Que usted dice que no, no tenía esos recursos, ¿no? Sí. Y algo que usted también mencionaba, eso del cuidado de sus plantitas, de dónde va la química, en realidad, es como relajante.

S.B: Es relajante, sí.

A: Y también uno piensa, o podría alcanzarlo, que estoy ayudando con esto, que estoy bien, pero también a veces es un poquito lo contrario, como necesito hacerlo porque me siento ansiosa. Necesito hacer esto para poder sentirme, como bajar otra vez el vuelo.

S.B: Sí.

A: De esta práctica, me quería mover un poquito al proceso ya de su diagnóstico. Por ejemplo, usted mencionaba que estaba en un cuarto similar a este, que estaba sentada. Me gustaría si usted pudiera retomar un poquito, el primer pensamiento que le vino a la cabeza fue cuando tuvo el diagnostico que le dijeron que tenía cáncer.

S.B: Bueno, yo lo primero que pensé es que me iba a morir. Y yo, y, es decir, lo que uno piensa y lo que dice, el cuerpo lo recibe. Porque yo empecé a sentirme mal, más mal de lo que me había sentido.

Y me decía, me decía mi superiora, es que vos me decía, no pensés así, la medicina ha evolucionado. Si, Sor Bertha, vos no te vas a morir. Vos vas a salir adelante y que no sé qué.

Pero yo estaba que me iba a morir. ¿Y quién me sacaba que me iba a morir? Hasta que el doctor y todo lo que me dijeron ellos, el doctor, la psicóloga, sobre todo lo que el doctor dijo, usted sabe que uno se enfoca en lo que le dicen el mero mero, ¿verdad? Sí. Eso es así.

Y él me dijo, me va a morir de mal. De eso no me va a morir. Y él me sigue diciendo que de eso no me voy a morir.

Entonces yo, ya eso, el cerebro mismo ya registró que yo no me voy a morir de eso.

A: De que hay una protección en salud.

S.B: Sí, sí, eso vale mucho.

El doctor tiene algo bien grande, que es la fe. Y una alegría profunda que yo veo que me sale. Cómo nos tratan nosotros los pacientes, con una alegría nos espera cuando la cita y que nos den tal cosa y nos reímos y hacemos la fiesta.

Eso es tan importante que yo en ningún médico de los que he ido he visto. El doctor es una persona de verdad.

A: ¿La hace sentir como contenta?

S.B: Contenta y saber que eso va a ser así.

A: Sí, sí. Y también créame que en la salud incluso nosotras las que estamos aprendiendo el proceso es importante que sientan la percepción de ir a buscar la salud. De llevar realmente todas esas horas de terapia a tener eso. Que se sienta usted bienvenida.

S.B: Sí, eso, el clima. El clima, las personas.

Yo le digo a la hermana desde el que está abriendo la puerta buenos días, yo salgo buenos días hermana, a qué viene y todo eso. La señorita de recepción, la enfermera, yo digo Dios sabe por qué las tengo aquí porque uno es enfermo de cáncer, viene como con una desilusión que ya es lo último. Es importante eso, la motivación que el personal de salud, que atiende, a nosotros que nos hemos enfermado, es tan bueno para devolvernos la salud. así es importante.

A: Que uno, incluso, ellos tal vez deben pensar.

S.B: ¿Rutinario?

A: No mucho, no tiene mucho impacto en lo que haga, pero desde que usted dice que nos saludan al abrir una puerta y uno viene y le dicen un chiste ven, nos traemos tal cosa y tal cosa ya uno se siente con esas ganas de vamos, vamos, que hay que toca hacer hoy y vamos a terapia. ¿Usted se siente, como le digo, motivada?

S.B: Motivada.

A: A reunir, a hacer el proceso, a estar acá, que no es fácil. No es fácil.

Le pregunto, usted tal vez en algún punto sintió, o si recuerda, imagino que tal vez sí, pero me gustaría preguntar alguna motivación de usted decir, o sea, si voy, o siempre ha sentido esa gana de querer venir acá y llevar.

S.B: Pues, mire, yo soy consciente de que me ha ayudado mucho y siempre he pensado, yo no soy de las personas cerradas, verdad, aunque ya sea una persona, no soy tan mayor, pero no soy de las personas que dicen, ah, la psicología es para locos, no. Yo sé que yo no solo soy el cuerpo, yo como maestra doy las partes del cuerpo y como doy también religión, yo sé que hay un alma que debo de cuidar, tengo una dimensión que se llama psiquis y todo eso, que yo lo debo de cuidar, que es un conjunto de dimensiones que el ser humano tenemos y que eso se tiene que cuidar, si no, si le cuidas una cosa, se te arruina la otra y te enfermas y eso es así.

Una cosa que es un ciclo de tantas cosas que... Yo recuerdo cuando yo estudiaba y estudiaba filosofía, los grandes filósofos discutieron mucho estos temas, que quién es el ser humano y en aquellos tiempos ellos decían que solo eran alma y cuerpo, pero no solo somos eso,

la ciencia ha venido investigando qué más tenemos nosotros adentro, o sea, nuestro ser, verdad, las dimensiones de nuestro ser y yo creo que seguirán saliendo, además de la psicología, porque la ciencia es más joven, creo, como la rama de esa ciencia más joven que hay, que antes no existía eso, en mi tiempo cuando mi madre murió, yo era una niña y no existía la psicología, uno iba a la voluntad de Dios como mejorando todos los traumas, entonces no existía y yo aseguro, como ahora ya existe como acompañar al que se está muriendo, que eso también es una cosa muy grande, que no existía. Pero debería existir esa rama, que se estudie el acompañamiento al que ya está muriendo.

A: Los cuidados paliativos.

S.B: Ahora se llaman cuidados paliativos.

A: Sí, creo que también hay mucha información, pero ahora es un poco más accesible, digamos, hay mucha apertura también, ha sido también un proceso, en este aclaro que comentaba, la apertura incluso de que estemos ahorita con usted, en esta entrevista, pero que antes había un poco más de resistencia al proceso, porque imagínese que con estos procesos de enfermedad, de cáncer, todos los miedos que trae, y todas las enfermedades que trae, no tener esa salida a, o esa persona que le den un poquito de vida, tal vez a veces uno cree que en la psicología hacemos magia, o que venimos y hacemos cosas que son muy extraordinarias, pero realmente es darle un poco de sentido a las cosas, y darle el valor. Porque a veces, uno pasa por alto el calor, porque tenemos las cosas, tenemos el tiempo, y el tiempo es importantísimo, el tiempo se va rápido, por eso usted dice esto de vivir el día a día, vivir el día a día y uno aprovechar lo que tiene hoy, ¿verdad?

S.B: Así es, y tratar de sentirse feliz con lo que uno hace, esa es una de las cosas, porque fíjese, yo al sembrar una planta, no solo es que la siembro, le disculpé, así como dice el principito, con su rosa, a mí me encanta eso del principito, él es especial porque la cuidó, entonces así pasa con lo que uno hace, que eso traiga una satisfacción, sobre todo yo, sembrar una plantita, no solo es sembrarla en el momento, sino cuidarla, ocuparte de ella, y qué bonito cuando ya ves que viene el brote, la flor, y qué color es, y bravo, eso se llena uno de una alegría, la satisfacción de hacer lo que te gusta, porque debemos de hacer, para sentirnos felices, debemos de hacer lo que nos gusta, si no y que le hace bien a uno.

A: Que le haga bien su cuerpo, su mente, su corazón, que le dé total satisfacción, en que está haciendo las cosas, yo quería preguntarle un poquito sobre, aparte de venir acá terapia, por ejemplo, usted lleva algún otro acompañamiento, alguna persona que usted tenga mucha confianza, que vaya y platiquen.

S.B: Casi no, antes yo casi no he sido, a veces nosotros pensamos también en la parte espiritual, que tenemos comunidades espirituales, pero bueno, sí, cuando yo voy a Guatemala, una vez al año, por allá, sí yo paso un acompañamiento, pero eso es anual, eso no es un proceso que va esquematizado así, pero también en cuanto a esto del cáncer, yo tengo un amigo sacerdote en El Salvador, que me ayudó bastante, en la vida espiritual, también en la vida

fraterna, y las cosas que yo le decía, en el momento que estaba sintiendo la soledad, me decía que la soledad no es mala, que yo ahí era el momento donde me ayudaba a encontrar conmigo misma, y con Dios si uno quiere, con los amigos, con uno mismo sobre todo, uno es capaz de hablarle a su cuerpo, en la soledad, y de entender mejor las cosas, uno pareciera que la soledad es morirte, porque estás solito y no hayas con quien hablar, pero el día que uno entiende a la soledad como un medio para conocerte a ti misma, para escucharte, para reflexionar, eso es grandioso, y uno se vuelve como que crece, porque no solo siempre se crece estando con las personas, crece aprendiendo de uno mismo.

A: Ahí es como lo que decía la plantita.

S.B: En la soledad también uno es donde se va cuidando mejor, uno piensa que los otros los van a cuidar a uno, mentira, eres tú quien te vas a cuidar, uno es al revés, el primero que se tiene que cuidar es uno, y uno espera del otro, y uno más bien se decepciona porque el otro no lo va a cuidar, es una cosa que de verdad que uno va aprendiendo, yo se lo digo, ahora en octubre va a ser un año que yo he aprendido todas estas cosas, un año de aprendizaje con la licenciada, yo siento que el cáncer no me vino a destruir, sino que me vino a engrandecer mi ser de persona, porque yo ya ahora entiendo mejor a un enfermo, entiendo mejor a los jóvenes, entiendo mejor a las personas que viven conmigo, aunque a yo digo a veces me molesta, pero ese molestarme es como que le encauso por otra manera de pensar, la otra que es enferma, o le pasa algo, porque yo tengo que tomarme a pecho esto, que le pasa algo otro, que se viene a descargar conmigo, yo no tengo que dejarme entrada a esas cosas.

A: Aprendí también a desligarse, pero si a aprender a lo que es para usted, es para usted, y lo que no, un poquito de afuera, porque cuando uno a veces quiere tratar muchas cosas, y agarra uno mucho y lo absorbe.

S.B: Eso era antes del cáncer que yo tuve, ese tipo de persona era yo, si se enfermaba uno, pensaba que yo lo tenía que curar, que ayudarle, y que no sé qué, hoy no, yo puedo, yo hago lo que tengo, entendí que yo no cambio a nadie, que cada quien se cambia cuando quiere, porque algunas veces queremos cambiar a las otras personas, decir, no me gusta cómo actúa él o ella, y nadie cambia a nadie, ni el mismo Dios cambia a nadie, si no le permitimos, si uno no quiere, Dios lo deja en paz, no hay que ver qué hace, yo sí le digo a los estudiantes, yo te aconsejo, y te digo, pero si vos no querés, y una de las cosas que yo dejo a los chavalos, los regaño, y los aconsejo, por amor, porque eso es lo que yo siento que sale de aquí, y les digo, por esta vez les voy a perdonar, me lo voy a decir a la, a la, a la, no, a la directora, y vuelven a caer, si vos también volvéis a caer, y lo traigo, vuelvo y lo traigo, y lo sentado a aconsejar, uno mejora el mismo, otro se encargó de la directora, pero eso ya no queda en mí, en no haberlo ayudado, eso mero, nada, yo hice lo que pude, ya no tengo ni cargo de conciencia, que por sor Bertha, que pisar a un chaval, ya no,

A: si, si, y, es que, es una habilidad, un poco difícil de adquirir, el hecho de uno progresarse, en la salud, en lo emocional, porque a veces, a veces no vamos a ayudar mucho, si, y no es malo, pero ahora, no es malo querer ayudar, nada, este proceso que usted me cuenta, de decir, si me

corresponde, y yo puedo hacer algo, lo voy a hacer, pero si no, qué vamos a contar, es que, uno, uno tiene mucho control, de lo que hace otra persona, o si la otra persona toma lo que uno le dice, porque, una persona individual, es como usted por ejemplo, con su resiliencia, y su, su disciplina, de asistir a las terapias, de ir y cuidarse, porque, usted decidió, y, o sea, pudo haber sido lo contrario, también de que, no, no quiero ir, no voy a reclutar ahí, a las clases de terapia hoy, cumplirlo, un año después, que está acá, eran poquito días de cumplir un octubre, y usted tiene otra perspectiva, y puede decir, ok, hice el proceso, porque decidí, hacerlo, eso es lo que quiere decir, quiere decir, que no es fácil, no es fácil, no es fácil pensar, pero, decía desligarse, pero tal vez, puede ser esa palabra, desligarse del resto, para quedarse uno, completo, a la oportunidad, para cuidarse,

S.B: Eso fue lo que yo hice, dejé todo ese mundo, y las hermanas decían, ay, Sor Bertha, cómo hace falta, quite a los chavalos, que no sé qué, incluso yo ahora, a mí, a mi amiga psicóloga, le tuve que, orientar en muchas cosas, y ella vivía ahí, pero como ella no era responsable, cuando uno no es responsable, se va haciendo un ladito, pero ahora le tocó a ella, ahí está ella, luchando con ese chavalero, pero, yo sé que, tengo que tomar un espacio, para cuidarme, ustedes que están jóvenes, que empiezan a cuidarse, desde que comen uno, hasta que piensa, y tantas veces, que le dan un golpe, cómo agarrar la vida, como dice la psicóloga, Marta dice, dice la Marta, dice, este, porque yo le digo, la mejor lección, que yo he vivido en mi vida, es que me hayan dicho, que yo tenía cáncer, solo, mire cómo es el ser humano, de inicio, hasta que, estamos ya viendo la muerte, ya no, no, nos cambiamos, a ese momento, uno, a ese momento, ya, hasta que, está dando ya, y hasta entonces, dice, no ya, pero, Dios quiso así, digo yo, yo no he querido la enfermedad, pero, pero, por algo vino.

A: Fíjense que, ahorita que funciona esto, me da una pregunta, súper, rápida, que, en su proceso, de, llevar la enfermedad, cómo, cómo ha sido su relación, con, con su, con su felicidad, cree usted que, que evolucionó, o, que cambió,

S.B: mire, la fe ocupa en la vida de un ser humano, un papel importante, uno saber, que cuando usted tiene fe, y eso lo te repito a los jóvenes, cuando usted sabe que, y se siente amada, por ese Dios, que no lo vemos, no, no está sola, porque, qué pasa con la juventud, me, por ejemplo, los varones, largó la novia, y ya quieren colgarse, o tomarse una pastilla, de, veneno, pero las muchachas también, o no pueden, tantas muchachas, personas, que yo voy a decir, que matan a los niños, y se matan ellas, porque, no tienen esa fuerza, que da la fe, que da Dios, y para mí, eso, es un punto, muy importante, la fe, la vivencia, de la fe, me decía, y le digo a la, le decía a la licenciada Marta, es que mire, yo a veces me siento, muy ansiosa, y me dice, es normal, ah, está cierto el punto, es normal, me dice, porque, usted está pasando, un proceso, mire Jesús, me dice, cuando me iban a matar, me dice, pero sus ojos, gotas de sangre, estaba ansioso, entonces, él, él, hacer una, una comparación, con ese Dios, que le dio, que sintió el dolor, como yo, yo sé que él, me va a entender, él me entiende, lo que yo estoy viviendo, y le cuento, y yo, frente al Santísimo, yo solo, después de todo, ahí está la capilla, el Santísimo, y le decía al Señor, este, yo me siento triste, y tú te acuerdas, cuando a ti te iban a matar, te pusiste triste, y ese diálogo, cómo le cambia la vida a uno,

A: Como una estructura, un poquito, significada, de las cosas, de las cosas, sí, entonces, En todo aspecto,

S.B: Es decir, la vida, la fe, es un papel muy importante, en estos procesos, usted va a ver, la gente que ha padecido cáncer, usted anda con una persona, que ha padecido cáncer, y se ha curado, esa persona, y se va a olvidar, la maravilla de Dios, que el sentir, de esa persona, es distinto, a la que no ha pasado, por esos procesos,

A: Se encuentran en el camino.

S.B: Porque en ese momento, usted está sola, aunque esté rodeada, de personas, usted, usted, quien está viviendo, el dolor, y la situación, y quien es el único, que lo acompaña a uno, que uno sentirse, acompañado, por el universo, porque todo, todo, mi familia, me pudo haber hecho, en un momento, eso ya está, estamos nosotros, pero que hace el ser humano, que Dios, Dios es lo más grande, que no lo puede hacer, el ser humano, no puede actuar, como Dios,

A: si, es un, es un caso interesante, verdad, si, como, hay personas, que, no esperaban, tener alguna experiencia, con, con el ser, con la espiritualidad, que, nada,

S.B: Hay gente, que no cree, no cree en Dios, y le viene el cáncer, y ahí es, donde empieza, a tener esa experiencia, de Dios, si, lo he oído mucho, testimonios hacer,

A: si, son, son difíciles, en algún punto, porque, se cuestiona mucho uno, si, como usted decía, no, es que, si esto fue algo, porque yo hice algo, si, tal vez no me cuidé lo suficiente, si, tengo que cambiar algo en mi vida, también, para, para seguir con el ser, y, y también, más de que, decirle pues, que también, su proceso, como era mi amigo, su relación, con, con el ser, si, es interesante,

S.B: yo, si ustedes, yo sé que ustedes son creyentes, pero si no fueran, si no fueran, yo les diera, igual, que sean amigos de Jesús, y van a encontrar, una vida distinta, pero lo único que yo digo, es que hasta que no le llegue el golpe, a uno, no le entiende, como, como yo ahora, y yo no soy de muchas, soy monja, pero no soy de muchos rezos, mi oración, no es la repetición, si no llegar, y yo ponerme a hablar, aunque yo no vea algún Dios, pero sé que existe, y que me ha sacado de muchas cosas, y que está conmigo, en todo momento, yo le hablo, como yo le hablo a usted, si me duele algo, yo digo, Amado Señor, me duele, desde lo que siento, no, no repetición, no repetición, porque eso no, es de lo que yo sé, así, como yo.

H: Cómo viven ustedes aquí ahora, que se pongan ustedes, y que vuelven a estudiar, y que vuelven a entrar a clase, pero también, aparte de su vocación, también, tomar tiempo para usted mismo, para jugar con su perrita, para tejer, en la planta, es una manera, como usted dice, es como, como que se fuera su hogar, sé que, en su familia, el doctor, la psicóloga, el internista, la reciben, pues, de una buena manera, y esa motivación, también, es como que impulsa, no, su forma de ver, aquí y ahora. Y también, quisiera preguntarle, también, ahora que, cuando está reivindicada, y cual sucede, la realidad, no, de ponerse a usted mismo, a, primero, ante todo, y

tomarse el tiempo, o sea, que pudiera dar tiempo, pues, y pudiera ir haciendo sus cosas, disfrutar, también, tiempos para usted mismo, eh, tipo, quisiera preguntarle, si, al momento, de este diagnóstico, ya tenía una meta a futuro, o sea, usted es maestra, él debe estar en clases, pero va a tener como, eh, otro propósito, fuera de esto, que quizá, se pudo haber sido afectado, por, por su diagnóstico.

S.B: Bueno, este, mi meta, es esa, como maestra, es enseñar, y ayudar a los jóvenes, que no están bien, ya sea emocionalmente, yo quería ser psicóloga, pero cuando, fui a la, a la universidad, no, en el pensum, no había, no había psicología, porque mi maestra, cuando murió mi madre me ayudo bastante a salir de esa situación, y yo consideré que, era, era muy bueno, que todos los grandes profesionales, salen de nuestras manos, y, para mí eso, eso es grande, grandioso, pero, que así que tuviera como un, otro, otra meta que cumplir, y yo creo que esa es una de las cosas, que a mí me afectó mucho, porque yo sentía, entonces, yo como que ya, había terminado todo, yo ya no tenía, ni meta más que era, ayudar a los jóvenes, porque yo decía, pero yo ya, ya me hice hermana, ya estudié, y ya alcancé mi meta y ahora la única meta era ayudar a los jóvenes.

Yo creo que por ahí yo andaba mal también, porque yo quería otra cosa más. Es decir, ya estoy en el momento que pudiera haber estudiado otra cosa. Incluso a mí me gusta mucho la costura y quisiera, pero lo tenía en mente y nunca lo expresé.

Pero una meta así que yo tuviera más, como cuando yo decía, ¡Ay, quiero ser hermana! Y eso me impulsaba. ¡Ay, yo quiero ser maestra! Y eso me impulsaba. No, como que ya había terminado, según yo.

A: ¿Y si usted pensaba de esa forma antes de ser médico?

S.B: Sí, antes.

A: ¿Y ahora, a pesar de algunas metas que te gustaría completar?

S.B: Pues, fíjese que mi meta ahora es conocerme a mí y ayudarme. Sobre todo, en este tema de las emociones.

Es como entrenarme en mi mente, en mi cerebro, a no sentirme mal por cosas. Que a veces uno se siente mal porque me miraste mal, porque dijiste una cosa fea de mí, porque me criticaste. Eso es mi meta hoy.

Mi enfoque ahora es mi salud. Mi salud emocional, mental. Y por supuesto, pues si va a estar bien esa, seguro que la física también.

H: ¿En qué momento se acudió a usted de la profesión de la maestra? Porque la maestra es cierta. Todos los profesionales, todos nosotros pensamos por un maestro y maestra. Desde pequeño, aprendemos a leer y a escribir.

Todos aprendemos desde la maestra. Y de la maestra le quiero oír después, escuchar lo que usted dice también. Quisiera preguntarle, ¿qué mensaje se le gustaría darle a una persona que está iniciando en este proceso?

S.B: Bueno, uno, que se confíe en Dios.

Y dos, que trate de vivir su vida lo mejor que se pueda. Que no vea la enfermedad como un fin, sino como un medio para mejorarnos, ¿verdad? No, yo me tocó un cáncer el más tratable, el más curable, dice el doctor. Yo no puedo también decir la complejidad de un cáncer, un cáncer que sea agresivo.

No sé cómo se viviría ahora. Porque debe ser más difícil el impacto. Que ya te digan, ya no tienes nada que hacer, es más difícil.

Ese impacto es más difícil. Solo esperar en Dios, yo digo. Pero sí, confiarse en el Señor en todos los momentos.

Él te va a poner el mejor médico, Él te va a poner todos los medios. Porque así fue. Yo le pedí tres cosas a Dios, y Dios me ha dado más que esas tres cosas.

Una gran psicóloga, un gran médico. Y bueno, mis hermanas también ya no subían. Me cuidaron, me ayudaron, me apoyaron hasta donde más pudieron.

Me dejaron un año de descanso. Aprendí a cocinar, yo no podía cocinar. Sí, mire, yo aprendí muchas cosas ahí.

A: En el tiempo que estuvo en soledad.

S.B: Me obligó a buscar qué hacer, aunque no me lo pidieran. Aprendí a cocinar rico.

¿Qué más fue lo que yo aprendí? Puse mis habilidades del juego, el tejido, el bordado. Yo saqué todos mis recursos que yo tenía.

A: Y no sabía hasta cuándo los tenía.

S.B: Y no sabía. Ahí, mire, qué bonito que hiciste estas cosas. Yo no sabía que vos tenías esto. Y uno saca lo que no sabe que tenía ahí guardadito. Porque en soledad es donde uno se da cuenta qué es lo que uno es realmente. Qué es lo que te falta, qué es lo que tenés, qué es lo que debes de mejorar.

Sí, es en la soledad. En el bullicio ni sabes.

No sabes cuándo puede llegar.

A: Y se va descubriendo también. Se va descubriendo. Se va descubriendo.

H: Sí. Y mañana usted está con las plantas. Y eso también puede que vaya desarrollando. Quizás, ok, pues tengo una rosa. Mañana hay que enfriar eso. Y hacer algo.

Ya la tienes que hacer más consejoso. Sí. Y que uno se da cuenta que es capaz de muchas cosas más grandes.

S.B: Sí. Yo recuerdo, le digo a David, ahí en la casa había un jardín de unas flores que se llama musa. De una blanquita.

Y entonces, yo llegué del retiro en ese tiempo y yo les cuento que estaba fuera. Y entonces, fíjense que cuando yo llegué, habían botado un árbol de mango, una rampa, y dejaría caído al jardín. Quebrado todo.

Estaba quebrado y solo eran troncos en el jardín. Ay, ¿por qué mataron las flores? Y que no sé qué. Pero yo sé, si yo las cuido, van a surgir brotes en un mes.

Y las regalo todos los días y las regalo todos los días a mi trabajo, regalo durante el verano. Y qué hermosas se pusieron. Y ellas me dieron una lección.

Lo que pasa es que uno no aprende de los otros seres vivos. Y yo dije, y de ahí si ustedes pudieron resurgir con el cuidado que yo les di, yo también voy a salir adelante. Miren qué cosa, eso me enseñó a mí una gran lección.

Las cosas, las cosas, los demás seres vivos, aún no le han llegado a entender la vida.

A: ¿Algo por el sentido?

S.B: Sí.

H: También nos pusimos ya a ver cómo las flores, los árboles más verdes, las flores van creciendo, las mariposas van creciendo.

S.B: Todo eso, los colibrí, los pájaros cuando cantan, le da un nuevo sentido a la vida. Desde la enfermedad uno la vida la ve de una manera distinta después. Bueno, esa es mi experiencia.

A: Muchas gracias.

S.B: Bueno, pues muchas gracias. Y ayuden muchas personas a ustedes. Cuando sean grandes profesionales, sean amables. Yo le decía a la licenciada, que uno no solo vende los conocimientos, si no que te das a conocer como un gran profesional, una gran persona.

A: Esa es la meta

S.B: Yo les decía a los chavalos que salían de quinto año, quiero ser médico, ¿y por qué querés ser médico? Para ganar plata. Estas mal, Porque te vas a frustras si es solo por eso. Imagínese con todo el trabajal que hay que hacer, porque no es solo por hacer.

A: Si, solo por ir porque sí.

Apéndice H. Transcripción Entrevista Jazmine Paredes

A: Entonces vamos a empezar, hoy es viernes, hoy es 26 de septiembre y vamos a grabar la sesión. Bueno, como dijimos, somos estudiantes de UNICA, uno de los motivos principales por los que pedimos el espacio con la licenciada y muchas gracias por acceder también, es porque nos gustaría conocer un poquito de su experiencia con su diagnóstico, cómo ha llevado el proceso, va a ser muy enfocado en usted y lo que usted quiera compartir con nosotros también, con lo que usted se siente cómoda, ¿verdad?

Entonces va a ser bastante en ese ambiente, ¿no? Bastante cómodo, muy confidencial también, mayormente la sesión la debe dar mi compañero, pero vamos a hacerle preguntas de su proceso, nada más, vamos a hacerle notas a eso y bueno, y todos los que tienen preguntas para nosotros, bueno, también siéntase libre de hacerlas, ¿ok?

Sí, mi compañero ahora, pues gracias, buenos días, gracias por el espacio. Primero vamos a hablar un poco de nosotros, somos de psicología y nada, va a ser una conversación entre nosotros, una sesión confidencial, quiere decir que acá no se va a revelar su identidad, nada de usted, queremos preguntarle cómo dirigía usted, con su nombre, con un oído, ¿cómo le gustaría que la llamara a usted? Yasmina, Yasmina Paredes.

H: Ok, está bien, Yasmina, ok, súper, gracias. Sí, bueno, muchas gracias, Yasmina, quisiéramos preguntarle un poquito de usted, ¿qué hace, a qué se dedica, ¿qué le gusta?

J: Bueno, yo soy estilista, trabajo desde que tengo 14 años, pero a raíz de que me salió el cáncer, dejé de trabajar, primero fue un cáncer de ovario, que me descubrieron, no me dolió, no me picó, nada, fui a acompañar a mi esposo, porque él se había puesto amarillo, entonces le dije yo, vamos con el médico, que te haga un ultrasonido, porque no me gusta cómo está, entonces lo llevé, y él salió bien, le dije a la doctora, doctora, ¿por qué no me hace un ultrasonido? ¿Para qué? Me dice, es que a mí me operaron hace 7 años de un riñón, yo me tengo que estar haciendo un ultrasonido, que susto el mío cuando la doctora me dice que yo estoy embarazada, yo le digo, no, yo no puedo estar embarazada, porque yo no tengo matriz, ¿cómo? Me dice, sí, no, yo tengo 20 años de haberme operado, entonces no se mueva, voy a ver, me dice, ¿cómo está esto? Entonces hicieron un examen extravaginal, cuando ella me dice, no se mueva, que hay algo que no me gusta, me dice, ¿qué doctora, no se mueva? Me dice, hay algo que no me gusta, mi hermana mayor es médico, es ginecóloga, y me dice, se va inmediatamente ante su hermana con este documento, entonces yo le digo, no, no puedo ir, porque tengo que sacar cita, yo la voy a llamar inmediatamente, cuando yo llego, ya mi hermana me está esperando, me abraza, me besa, me da una botella de agua, y me dice, que salió un tumor, me dice, y vos estás, me dice, pagando seguro, te voy a dar un documento para que te atiendan, inmediatamente, me vine a Salud Integral, y tuve que esperar, no me atendían, llegó mi hermana a las 10 de la noche, y no me habían atendido, hasta que ella buscó una doctora conocida y me examinaron, porque dijeron, que los documentos que yo llevaba, habían pacientes que hacían cosas que no eran correctas, que se inventaban en realidad, entonces ellos tenían que volver a hacer los exámenes, así fue, entonces dijo la doctora que sí, que había un tumor, entonces me dijeron que no me podían operar, que tenían que esperar hasta dentro de 6 meses, entonces mi hermana le dijo,

no doctora, un cáncer no puede esperar, pero doctora, ¿qué podemos hacer? entonces andaba yo con mi hija mayor, y le dijo a mi hija mayor, a mi hermana, tía, que si se podía hacer en un privado, perfectamente, a la semana a mí me habían operado, entonces me dijeron que mi cáncer, era un cáncer que estaba, encapsulado, un cáncer encapsulado, que le permitieron a mi hermana, que entrara a la cirugía, y dice ella que con una lupa, ella miró, que no había nada, y sacaron los 2 ovarios, entonces la operación fue un éxito gracias al señor, y ahí vine a pasar consulta con el doctor, y ahora me quitan una mama, la mama izquierda, porque también había un cáncer en la mama izquierda, pero costó encontrarlo, me hicieron como 6 mamografías, porque no se miraba, no dolía, no había ningún síntoma, pero la doctora le llamó la atención, de que decía ella de que había como, estaba encarnado, estaba tan profundo, que no se podía detectar, entonces me pusieron una grande aguja, aquí, y me hicieron otra vez la mama, y con la aguja, lograron localizarlo, y habían 6 del tamaño, de un pedacito de, como los granitos de arroz, habían 6 encapsulados otra vez, entonces decidieron ellos, quitar la mama, entonces yo no tengo esta mama aquí, y dicen que la operación fue un éxito, que va a haber un, no congreso, sino cuando se reúnen todos los médicos, con un congreso o algo así, y van a exponer mi caso, de que fue un éxito, y que yo había cooperado, porque es bien doloroso, es bien traumático, hay días que manejo bien llorona, donde yo me miro la cicatriz, me parece mentira, verdad, pero de ello digo, gracias a Dios lo lograron encontrar, muchas mujeres han muerto de esta enfermedad, verdad, que ya se lo localizan tarde, pues gracias a Dios, a mí, los dos cánceres que me han encontrado.

A: han sido exitosos.

J: ha sido un éxito, porque los han encontrado a tiempo, y no se han entendido,

A: ¿hace cuánto tiempo fue su proceso?

J: El año pasado para mi cumpleaños, el 25 de septiembre, fue los ovarios y ahorita, el 25 de julio, a mí me operan y me quitan la mama.

A: ¿hace un año de diferencia?

J: si, sí, pero fue más traumático este, porque, cuando yo miro a las mujeres con su rostro, como que yo me siento, chiquita, como una hormiguita, y eso es lo que nadie sabe, pero uno como mujer se siente mal, yo me siento como que ya no soy una persona normal, cuando me miro en el espejo, a veces me miro como un monstruo, esa gran cirugía, quité el espejo de mi cuarto, pero de ahí pidiéndole al señor fortaleza, paz, salud, vida, y que me ayudaran, porque volví a poner el espejo, y ahora ya me miro mi cirugía y ya no hay lloro, y yo digo, gracias señor, porque me han dado la oportunidad de sobrevivir, no todas las personas han sobrevivido de estas enfermedades que se han visto aquí.

A: si, estos son los procesos que fueron duros.

J: Los procesos fueron duros ya, porque pasar por quimioterapia es bien doloroso, todo lo que pasas cuando te descubren un cáncer, es doloroso, porque yo siempre me cuidé, siempre me chequeaba, y entonces cuando le dicen que tengo cáncer, para mí es la muerte, cuando te dicen que tienes cáncer, solo pensás en la muerte, y tenía tres meses de haber perdido a una gran amiga de un cáncer, que nada más le dieron de alta, como un medicamento, y le apareció en la garganta, y ahí estaba bien, supuestamente, y después de la implantación y todo, a los tres meses me murió mi amiga, cuando yo me estaba haciendo quimioterapia, entonces sentí como que a mí me iba a pasar, sentí miedo, entonces cuando yo escuchaba palabras de cáncer, yo lloraba, porque decía me voy a morir, porque la realidad de las cosas, yo visitaba personas con cáncer, y ya tenía una idea de lo que era el proceso, lo que se venía, y muchos se murieron, muchos se sanaron, entonces cuando a vos te diagnostican cáncer, pensás que te vas a morir.

A: Y es un pensamiento que me cuesta evitar.

J: Sí, es algo difícil, difícil de aceptarlo, hay en depresión, pero a la vez yo le doy gracias a Dios que en el proceso ha estado mi esposo y mis hijos, principalmente Dios, verdad, y cuando estamos en estos procesos, cuando la familia te apoya, lo superas más rápido, porque somos la mejor medicina que tenemos nosotros, primero el Señor, verdad, y de ahí tu familia, y cuando tu familia te apoya, vos sentís que podés lograrlo, que podés avanzar, y que podés poner de tu parte, aunque todo sea doloroso, poner de tu parte, porque vos ves que está en tu vida, y está tu esposo, desde que yo empecé esto, mi esposo no se ha despegado, ni mis hijas, entonces yo le doy gracias a Dios que yo he podido avanzar en este proceso.

A: Sí, y decirle, decirle que me permite de su parte, también hacerle frente al proceso, porque es fuerte.

J: Es fuerte. Es fuerte te impacta, porque yo iba de acompañante, yo iba cuidando moralmente, y todos salieron sanos, los dos que yo iba apoyando, a mi esposo y a mí, y de ahí digo yo, yo dije algo muy transfundido, sin saberlo que yo iba a salir diagnosticada por mi enfermedad.

A: Sí, y como usted dice, el acompañamiento que ha tenido en su familia, el soporte.

J: Eso me ha ayudado bastante, gracias a Dios.

A: Sí, como un pilar para ser.

J: Sí. Igual que la fe. Si nos pegamos del Señor, todo lo pasas con más tranquilidad, porque le pedí al Señor, Señor fortaleza, ayúdame a pasar. Yo le digo, Señor, ayúdame a pasar esta

prueba, dame paz en la tormenta, fortalecerme a mí y a mi familia, darles sabiduría a los médicos, Señor, que cuando me vayan a operar, sean tus manos.

Yo hablo con el Señor todos los días, porque hay días que amanezco bien llorona, de todo lloro. Ayer fue mi cumpleaños y no quise salir, no quise flores, no quise mariachis, no quería nada porque yo no me sentía bien. Y mis hijas me dicen, vamos a almorzar otro día, después que me operen.

No me siento bien, no quiero estar llorando. Está bien cuando usted decida, mi marido me lleva un ramo de flores, yo me muero por las flores, pero como que no, no me sentía tan bien. Sentí que, yo decía, ¿quién iba a imaginar que el año pasado cumplimos 38 años de matrimonio, fuimos a la iglesia a darle gracias al Señor, y este año yo ahora, sin un busto, sin una mama, digo yo, me quitaron los ovarios.

Entonces me sentía melancólica. Ahora yo digo, hay que aprovechar el momento con su familia, y hay que aprovechar todo momento porque no sabes qué va a pasar mañana.

A: Sí, como usted dice, no está por dado.

J: Sí, entonces ahora yo trato de aprovechar lo más que se puede estar con mi familia porque no sé qué puede pasar mañana.

A: Sí, totalmente de acuerdo. Decirle que, de nuevo, lo quería retomar porque es un proceso personal de su salud emocional, su salud mental, su salud física, y decirle que, como usted ha llevado su proceso, es muy importante, y también de que usted haya visto esos momentos en los que usted dice, ¿cómo cambió?

J: Hay un gran cambio.

A: ¿Cómo fue el cambio? ¿Cómo yo he cambiado? ¿Cómo he venido adaptándome, adaptándome a otro? Y como usted, me gustaría preguntarle después si, antes de su diagnóstico, usted ha tenido siempre una buena relación con la fe.

J: Sí, gracias al Señor, sí, fijese. Yo siempre he buscado al Señor y he apoyado a la gente con cáncer.

Yo era de las personas que, si usted no tenía quien la cuidara, yo me metía al hospital y salía con usted hasta que lo operaran. Siempre me ha gustado ayudar a las personas con cáncer y nunca me imagino que yo iba a ser una de las personas que les iba a tocar vivir el proceso, yo dije en la iglesia, di un testimonio, que lo más lindo es servir con amor, principalmente las personas con cáncer, vos ver llorar a las personas, las abrazar, las besar, pero nunca poder sentir lo que ellos sienten y hoy yo ya lo viví. Te pueden dar todo, pero no, no te llena, porque te sentís vacía, te sentís sola, te sentís triste, sentís que ya no valés, ya no producís, entonces es una depresión tan dura que hay que llorar y decir vos, ven aquí Señor como la mujer del flujo de

sangre, como Job, Señor, como Lázaro, dame fortaleza, abrázame fuerte Señor, porque sin ti no soy nada y llorar, y después de llorar sentí una gran paz y le decí gracias Señor porque aquí estás conmigo y eso todos los días y que le pedís al Señor esa fortaleza y llorás por todos principalmente por las personas de cáncer porque no es fácil el proceso.

Yo cuando miro a la gente que entra a quimioterapia yo digo Señor, dale fortaleza porque hay que llorar, aunque no quieras llorar hay que llorar. Te sentís más chiquita que más chiquita, que más chiquita y que vos tratás de no llorar, pero cuando ves que todos están llorando vos también llorás. Es duro, pero cuando entras y vas orando en el Señor no solo por tu persona también oras por todos los que están ahí se siente la paz y las personas dejan de llorar porque nuestro Señor dale fortaleza, dale paz, dale tranquilidad y todos te ayudan con el corazón tan suavcito que todos dejamos de llorar y sentimos paz y yo le doy gracias a Dios yo le digo gracias Señor por este proceso gracias por esta prueba gracias porque tú me has venido preparando para yo también entender ahora a muchas personas que yo asistí lo que ellos sentían yo no podía entenderlo solo le daba la palabra al Señor que era lo principal asistirlo porque no tenían quien lo asistiera y yo le decía no llore, yo aquí estoy vamos a orar y no entendía por qué yo lloraba ahora yo entiendo sí porque lloraba porque sentían paz porque se sentían solas porque sentían ese dolor que no lo podés explicar porque vos decís sí pobrecita pero no lo estás viviendo.

A: claro

J: Pero cuando vos ya lo vivís uno dice sí yo sé lo que ella está pasando yo entiendo lo que ella está sintiendo porque yo ya lo pasé porque yo ya lo sentí porque cuando se me cayó el cabello yo era una mujer bien popular una mujer que me querían en Tipitapa porque asistía a todo el mundo porque ayudaba a todas las personas porque trataba de hacer el bien a la gente y cuando se vino la enfermedad yo quería que siempre miraran a la Yasmína elegante no a la Yasmína que estaba llorando a la Yasmína que estaba atribulada, a la Yasmína que no se aceptaba a verse sin cabello que no, siempre quería que se hicieran la idea de la mujer elegante de la mujer popular de la mujer cariñosa de la mujer fuerte no quería que me miraran como a la águila porque todo lo botaba y ni vos te reconoce cuando está en ese pelo sin pestañas, sin ceja amarilla, ya no sos la persona anterior que ni uno se reconoce yo me ponía peluca y yo me arreglaba y me ponía bonita, pero cuando llegaba la noche volvía a la realidad quitarme todo lo que me ponía y yo lloraba yo lloraba lloraba como una niña y yo no me asustaba a verme sin cabello cuando se me cayeron las pestañas fue más duro porque disimulaba con la pero las pestañas, se me cayeron las uñas de las manos que doloroso, la de los pies, lo único que nunca bajé de peso, siempre lo quitaba fue lo único yo tenía miedo de llegar a ponerme tan delgadito pero gracias a Dios a mí lo que me dio fue comer y comer y comer yo no vomité ni me dio diarrea yo llegué a pesar 172 libras donde yo pesaba 125 yo subí y me asusté cuando me inflamé no viera como uno se inflama por la misma química entonces no se asusta entonces yo empecé a comprar pañuelos, a mí me gustan los colores fuertes yo me ponía pañuelos rojos, verdes, amarillo, anaranjado para disimular y me ponía aretes los más exóticos, los más grandes yo pues traté de disimular aunque había noches que yo lloraba mi marido me abrazaba y me decía aquí está no lloré porque me dio una ansiedad horrible que yo sentía que estaba esperando la muerte yo no quería cerrar los ojos

porque decían me voy a morir y no se va a dar cuenta entonces en mi ansiedad yo dormía y agarraba la mano yo no me soltaba yo me pegué demasiado a mi marido

A: ¿Ese fue su pilar?

J: Sí, ese fue mi pilar y si yo iba al baño le decía acompañame y si me estaba bañando hasta donde llegué que abría la puerta del baño que él me tuviera la mano agarrada sentía que me daba fuerza claro que era Dios que me daba fuerza, no era él, porque Dios fue el que me dio la fuerza yo le decía yo sentía que cuando mi marido me abrazaba y me daba la mano, yo me sentía bien y yo le decía cuando me dijeron que tenía cáncer y ahora que vamos a hacer, vamos hasta el final me decía no te preocupes empezó a ir a levantarse temprano a hacerme batido y me dejaba todo lo que yo tenía que comer porque todos trabajaban en mi casa entonces cuando yo sentía miedo sentía terror, una ansiedad horrible sentía que me estaba asfixiando yo me incaba y yo le pedía al Señor en ese momento que me diera paz que me diera fortaleza que quitara esa angustia porque yo sentía que me estaba ahogando entonces ese día encendí el televisor y buscaba la palabra del Señor ponía la música cristiana y empezaba yo a cantar, a orar entonces empecé a sentir que cuando yo buscaba más al Señor había una paz y como que entraba un airecito como que tenía el aire encendido entonces yo le decía gracias Señor y yo me arrodillaba y oraba y le decía gracias porque aquí estás Señor, gracias por tu misericordia gracias porque nunca me han dejado, gracias porque quien soy yo Señor siempre está a mi lado y me quita toda esa angustia porque entra en una ansiedad que te está asfixiando no puedo respirar y me paralizaba en la misma ansiedad no podía caminar y yo abría la boca y en yo sentía que me asfixiaba entonces cuando yo sentía la asfixia yo me hincaba y yo le decía Señor en mi aquí Señor como la mujer de tu iglesia como Job, Señor ayúdame Señor ayúdame Señor y yo le cantaba la canción del alfarero y le decía Señor perdona todos mis pecados porque no soy perfecto haz lo que tú vas a hacer que se haga tu voluntad no la mía Señor ayúdame Señor que me estoy asfixiando y mire en el proceso Dios siempre estuvo ahí porque en mi angustia yo lo clamaba y Dios ahí estuvo y sigue, sigue porque de momento tengo mi bajas y yo le digo Señor ayúdame porque en mi ansiedad yo busco que hacer yo no me acuesto, yo lavo trastes, yo tengo que ir a las cosas, cerré el salón entonces yo busco que hacer yo tengo un cocino yo tengo un jardín yo tengo ocho perritos yo miro a mis perritos yo tengo tres loras yo tengo dos tortugas yo les doy de comer a mis perros yo busco a las tortugas las baño, les doy con el cepillo, les doy de comer baño a mis loras yo ordeno mi cuarto cuando yo me siento que todo me tiembla y yo escucho correr, correr que salgo en carrera y yo le digo Señor ayúdame, quítame esto que se me quite esto de mi mente entonces yo lampaceo el porche, lavo el porche, riego mi jardín trasplanto cortos ramitos y pegan las ramitas porque si a las doce del día yo estoy mal yo siembro y las plantas pegan y las plantas no pegan hija no es para siempre hay que ver la luna como está para que tú puedas sembrar y yo ni me doy cuenta cómo está la luna, ahora mi jardín se ha hecho tan grande de tanto transplantar entonces yo siento que de esa manera yo he podido gracias a Dios he ido mejorando cuando me siento ansiosa respiro saco el aire y lo vuelvo a meter saco el aire y lo vuelvo a meter y yo, y yo, y yo y el piso oro, y oro, y ahora cuando miro yo ya estoy bien entonces yo le doy gracias a Dios porque siempre estás conmigo porque me das esa paz porque necesito esa paz porque amor te tiembla el cuerpo horrible te tiembla la boca te tiembla la

espalda te tiembla el estómago y te sentás y te quieres controlar y es como un frío algo horrible pero yo he experimentado que todo se me ha quitado cuando yo le empiezo a orar gracias a Dios y le clamo y me arrodillo y lloro, y lloro, y lloro y de ahí viene esa paz y solo Dios me la puede dar.

A: La fe ha sido como como una medicina.

J: Si claro ha sido mi medicina ha sido Dios porque Él me ha dado la paz y en el momento que yo le he clamado porque cuando yo estoy llorando desesperada me dolía mucho cuando me quitaron el busto un dolor que nada me lo quitaba yo hincada le decía Señor que sea en tus manos yo me movía en la mano que sea en tus manos Señor quítame este dolor ayúdame Dios mío yo experimenté y yo lo creo en el nombre de Jesús yo me he declarado sano cuando yo he sentido la mano del Señor cuando yo he llorado yo he sentido que me ponen una mano y he visto una sombra y yo estoy solita porque todos trabajan y yo me hincó como en esa mesita y yo lloro como una niña y yo siento un airecito especial yo me pongo me pongo un gran escalofrío y yo le digo gracias Señor porque Tú estás aquí Señor te pido que vayas a los hospitales y pongas esa mano divina como me la pones a mí, entonces yo he sentido la presencia del Señor a veces la gente dice estás loca no, no, eso no es locura porque Dios ha estado conmigo Dios ha estado en mi proceso mire, mi papá tenía 10 días de muerto, y yo era la que lo asistía, y a los 10 días de muerto a mí me declaran el cáncer entonces yo le dije gracias Señor por tu misericordia porque si mi papá hubiera seguido enfermo ¿quién lo hubiera cuidado? gracias porque yo ya enterré a mi mamá enterré a mi hermano también y a los 10 días que enterré a mi papá me declaran el cáncer de mamá entonces yo le dije gracias porque tú eres perfecto porque tú eres el Dios poderoso tú eres el médico por excelencia y gracias porque te lo llevaste porque como yo lo iba a cuidar a mi papá yo ya venía aquí mis terapias, ya se venía a mi proceso y no había quien cuidara a mí.

A: Quería decirle que gracias primero por compartir toda su trayectoria creo que es muy fuerte usted por permitirnos saber un pedacito de lo que ha sido para usted todo el proceso de su último cáncer. A mí, en lo personal, me llama mucho la atención cómo usted ha mantenido la fe y cómo ha utilizado la fe como una medicina, como un manto para cuidarla usted. Creo que eso es de mucha resiliencia, porque es un proceso que, como le decía, es duro, es difícil, y duele, el proceso duele, y que usted se haya mantenido tan fuerte, tan mantener a su familia cerca, tan tener esa seguridad de que va a seguir, usted va a seguir, va a seguir hasta donde quiera. Y se da cuenta que usted también atravesó procesos como visualizar su cuerpo, cómo usted se sentía con su cuerpo, llevar ese proceso de que es duro, ahorita voy a probar, voy a intentar, como usted intentaba, incluso, como usted decía, pues, con su cosita que se ponía en el pelo, ver su cuerpo cambiar en el proceso, y cómo usted no se dio por vencida, sino que intentó, intentó una vez más, intentó otra vez, y cómo ha llevado de aquí a acá, donde está ahorita, un año después casi, de que la diagnosticaron su primer cáncer y que está atravesando el segundo, quería decirle que es algo de bastante reconocimiento. En cuanto al tercero, lo importante, ahora lo importante.

J: Yo le digo al señor, señor, yo soy en Tijuana, dame la fortaleza y la sabiduría, porque señor, tú mandaste la medicina, pero tú eres médico por excelencia, y tú sabes, señor, que yo recibo a los enfermos, dame más tiempo para yo poder seguir trabajando en tu boca, porque tú me has llevado a todos los hospitales, entonces yo le digo, regálame mi sanidad para poder perseguir mi vida, dame fuerza, señor, dame palabras, porque si tú me has traído hasta aquí, y tú siempre me diste palabras para hablar con las personas que tenían cáncer, dame fuerza para yo poder seguir trabajando, porque mire, cuando me tocó mi segunda quimioterapia, llegó una señora a decirme, doña Yasmina, no sabía ella que yo tenía el cáncer, porque yo andaba con una peluca roja, entonces ella me llegó a decir, doña Yasmina, le venía a pedir un favor, fíjese que mi hija tiene cáncer, ¿podría usted, me dice, llegar a pasarla en la máquina? Claro que sí, deme veinte minutos, yo me hínqué y le dije, señor, dame palabras, gracias porque me sigue usando, gracias porque ella no sabe que yo estoy pasando este proceso.

Pues mire, cuando yo llegué, la muchacha está atacada llorando, la abracé, la besé, y le dije, Dios te ama, y va a pasar este proceso, y te entiendo lo que estás pasando, entonces ella me dijo, no, no puede entenderlo, ¿cómo no?, ¿sabe por qué?, porque yo también me quité la peluca, yo lo estoy viviendo también, y yo ya entiendo lo que va a sentir cuando yo te corte el cabello, porque yo lloré cuando me pasé la mano, y yo entiendo que es un vómito, una diarrea, sé que es un decaimiento, sé que te va a doler todo el cuerpo, yo estoy aquí para apoyarte, y para lo que tú necesites, quieres que ore, y le pido al, Señor, que te dé fortaleza, ella me abrazó y se puso a llorar, y me dijo, gracias, porque no imaginé que usted estuviera pasando el proceso, cuando pasé la máquina, lloramos a todos, y le dije, tenga fe, que Dios la va a sanar, y el pelo va a crecer, mire, terminamos llorando, cuando terminamos nos abrazamos, ya ella ya la operaron, y ya tengo a cinco en mi cuadra con cáncer, que los visito, les hablo de la palabra de Dios, los miran en el Bertha, y están bien fortalecidos, y yo les digo, nunca se olviden de arrodillarse, y darle gracias al Señor por el proceso que estamos pasando, día, en el baño, en la cocina, en el cuarto, van viajando, siempre vayan orando, y vayan pidiendo misericordia, y no solo por ustedes, por todos los enfermos, especialmente por los de cáncer, porque ustedes ya saben lo que es el miedo, mire, están bien restauradas las señoras, y están bien fortalecidas, y siempre les estoy mandando palabras del Señor.

A: Siempre presente.

J: Siempre yo estoy presente mandando palabras del Señor, siempre busco palabras que las fortalezcan.

A: Quería decirle, o preguntarle, si usted cree que esto es como una meta, como un propósito que usted se ha puesto desde que lleva su proceso, ¿cree usted que, de esta forma, es como un motor para usted?

J: Sí, porque yo he vivido mi proceso, yo siento de que, habemos personas más débiles, habemos personas de que los maridos nos abandonan cuando nos quitamos esto, o cuando nos vienen sin cabello, los hombres se van, entonces es el momento de trabajar, y decirle a las

mujeres, usted puede salir adelante confiando en Dios, créale a Dios, confíe en Dios, pídale a Dios de que le dé sabiduría a los médicos, y sea fuerte, va a llorar, porque va a llorar, porque todos lloramos, pero hay un momento que Dios nos da tanta fortaleza, que el llanto, te ama el llanto, porque Dios te ha fortalecido tanto, que es de todo lo bien y de todo lo malo, mire, cuando me quitaron el busto, me dijeron, usted lo va a quitar, quítenlo todo mejor, no porque no hay necesidad, pero si dentro de dos años usted me va a decir que me lo va a quitar, sería mejor que me lo quiten, lloré tres días, fíjese, y quité el espejo, pero de ahí lo volví a poner, porque yo dije, tengo que vivir la realidad, y no lo tengo, gracias a Dios, porque de que me sirve tenerlo, y mañana me van a decir que se extendió el cáncer, y que me voy a morir, porque yo no permití que lo quitaran, entonces es mejor que lo quiten, porque me da más tiempo, me da más vida, entonces yo así le digo a él, sí es duro el proceso, claro que te impresionás, pero si vos le pedís al Señor, de corazón, Él te fortalece, y te da paz, y cuando ven ya todo lo que es normal, y ahora me levanto, me baño, me arreglo, hoy ya me trajeron ya mi prótesis, yo me inventé y me puse una toallita, y me acomodo, y busco cómo agarrar, y traje una camisita más cerradita, porque cuando caminas, el traje tuyo se te sale, entonces ahora en todo momento siempre camisita bien cerrada, y nadie lo nota, entonces yo digo, gracias Señor, por esa fortaleza, por esa paz, dame cada día más fortaleza, más paz, para yo poder darle a otra persona, palabra de alivio, ánimo, y si ella no tiene pañoleta, aquí está la pañoleta, si no tiene peluca, aquí hay peluca, lo que yo no ocupe, yo lo dono, voy a ver una niña de 17 años en el reparto, que tiene cáncer, está en una silla de ruedas, voy a ir a apoyar a esa niña en esta semana, si Dios me lo permite, es de escasos recursos, no tiene ni siquiera que comer, entonces voy a apadrinar a esa niña, en el nombre de Jesús, yo le pido al Señor que me ayude para yo también apadrinar.

A: Para usted también continuar con ello, pero que venga trabajando.

J: Apoyar con la comida principalmente, que te salga la lista, lo que a nosotros nos mandan, entonces yo le digo, ayúdame Señor, bendíceme para yo poder bendecir a otra persona, y dame palabras Señor, no permita que yo llore, porque yo tengo que llevar tu palabra, y llevar aliento, no llevar llanto, llevar alegría Señor, y yo voy esta semana, si Dios me lo permite, voy el 30 de octubre, a mí me van a operar de esto entonces yo tengo que ir a esa niña y darle palabras, y animarla, y decirle, que es lo que ella puede comer y que no puede comer, y que le pida a Dios fortaleza, porque imagínese que le den a uno que no puede comer, que es tan rico, no te puede comer un sorbete, usted no puede beber nada dulce, no puede comer arroz, no puede comer tortillas, no puede comer pan, toda una dieta, es un gran sacrificio, entonces le decimos nosotros al Señor, no permita que yo peque a comer cosas, que yo sé que no debo comer, y yo le he pedido al Señor, estoy con 135 libras, y yo le digo a mi esposo, no traigan nada de pan, lo que yo no puedo comer, no traigan nada de eso, y si ustedes quieren, cómanlo en la calle, pero aquí no lo traigan, en mi casa ya no se hace fresco, no se hace arroz, no se come sorbete, no se bebe gaseosa, todo lo que los doctores han ido dictando, porque yo les digo cómanlo en la calle, pero aquí no, porque si no yo voy a comer, entonces ellos dicen no, porque te tenemos, perdón, te tenemos que apoyar, si el doctor dice que es malo, también nosotros nos tenemos que cuidar, entonces eso también es importante, por todo, las familias te apoyan.

A: Como parte del proceso.

J: Porque imagínense que usted se esté bebiendo gaseosa, y a mí me la prohíbe, yo quiero.

A: La dieta es más difícil para usted.

J: Para mí es peso, entonces uno peca, porque uno dice, puede beber un poquito, y en ese poquito, volver a comer cosas que no debe de comer, entonces eso también es importante, que las familias te apoyen.

A: Siempre, siempre es importante que le den apoyo, y que usted tenga también la apertura, a que le den el apoyo.

J: Entonces primero Dios verdad, y después la familia, cuando uno le dice, entonces ustedes me van a ayudar, si mamá, tengo dos hijos, si mamá no se preocupe, como pase lo tengo, espero que lo deje, si, gracias a Dios, tengo una hija de 34 años, y una de 28 años, y mi esposo, de 60, ayer yo entré a los 60, gracias a Dios, yo estuve el cumpleaños, y dijo mi esposo, démosle gracias a Dios, porque hemos llegado a los 60 años, y aquí estamos luchando, sí, gracias a Dios, tenemos ya 39 años de casados.

A: Y como usted dice, en estos procesos donde realmente, no sé si ponen las pruebas, pero tal vez sí, uno pone a prueba realmente muchas cosas.

J: Sí, ahí te das cuenta en el proceso, si hay amor, si hay el gasto amor, quiénes son tus amigos, quiénes están con vos, sí, sí, entonces ahí te diste cuenta de que solo había tres amigos, o solo había uno, en tu familia.

A: Sí, y es un proceso también de redescubrir a uno mismo, qué tanto puedo, qué tanto...

J: Sí, que sí puedo, si no puedo, pero sí puedo porque le pido a Dios, sola no puedo pasar el proceso, pero si me le pego al Señor, sí puedo pasar todos los procesos, porque Él está ahí, aunque tú estás clamándole al Señor, sí.

A: Muchas gracias.

J: Fernanda, Fernanda. Sí, ella es mi hermana. Hola, mucho gusto.

A: Ella es la doctora, la que le hizo el proceso.

J: Sí, ella fue la doctora, porque como no me operaron ahí, entonces fue la que me ayudó, ella fue la que me dio toda la vuelta, gracias a Dios. Sí.

Sí, andaba conmigo y era igual. Sí. Ella es una mujer, gracias a Dios.

Sí. Fernanda me ha apoyado bastante, toda mi hermana me ha apoyado, pero ella es la que se mueve, gracias al Señor, cuando nos pasa algo, porque ella tiene sus conexiones. Sí, claro.

A: Gracias al Señor. Mire, doña Jasmine, quería preguntarle, hablando un poquito más de recursos, fuera de su familia y de la fe, usted está en consulta con la licenciada Marta.

J: Sí.

A: Yo quería preguntarle a usted, ¿cómo le ha ido con eso de asistir a terapia? ¿Cómo ha sentido que le ha ayudado? ¿Qué ha aprendido también de asistir a terapia?

J: Ella, yo no la conocía todavía, que una de las profesionales, que excelente, fíjense, porque la primera vez que yo vine atacada, ella me abrazó, me besó, y es cierto, en ese momento necesitaba un abrazo, porque sentí que te estás muriendo, que nadie entiende que te estás muriendo, entonces cuando yo venía con ella, ella es tan cariñosa, tan atenta, es bien frágil, ella es bien frágil, es bien amorosa, te tiene paciencia, y te dice, no, no te vas a morir, es un proceso, va a hacer lo que el médico dice, te van a operar, no tiene, dice ella, por qué llorar, no tiene por qué sentirte sola, tú no crees en Dios, si tú crees en Dios, por qué estás triste, entonces yo considero que es una excelente psicóloga, porque te apoya en el momento que vos sentís que te vas a morir, te da palabras de aliento, te anima, te abraza, está pendiente cuando ella te mira, ella te abraza, te pregunta, entonces yo la tengo como, todos los médicos son excelentes, porque todos me han tratado como amor, Dios me los ha puesto como ángeles, porque todos van siendo muy buenos, ella es excelente psicóloga.

A: ¿Cuáles han sido las cosas más significativas que has aprendido asistiendo a la interacción?

J: Con ella, que me aconseja, que me dice que cuando me pongo nerviosa, que me toque aquí y allí, que me manda a beber tecito, que me dice que salga a caminar, que platique, vea tu jardín, trasplanta, y yo lo he hecho muy bien, ella me aconseja, yo le decía a ella que yo no quería dejar de trabajar, y entonces ella me dijo, no, deje de trabajar, porque trabajo en una terapia, pero ahora que me quitaron el busto, ya no quiero seguir trabajando, cerré el salón, porque quiero trabajar con las personas que tienen cáncer, quiero ayudarle, apoyarme, ya no tengo hijos chiquitos, tengo una casita que es propia, y mi marido trabaja para mí, y gracias a Dios, ya no hay necesidad de que yo trabaje, puedo hacer otra cosa, ayudarle a la gente que, la gente más necesitada, principalmente a la gente que tiene cáncer.

A: Estás usando un nuevo propósito.

J: Sí.

A: Y si crees que, también lo pregunto, porque usted tiene bastante eso, y lo puedo notar en usted, de querer dar lo que usted recibe, regresar lo que usted recibe, porque usted puede dar.

J: Sí, yo siento que yo he recibido tanto amor, tanto apoyo, que muchas personas no lo han recibido.

Entonces, alentarlo, apoyarlo en lo que yo pueda, animarlo, porque una depresión es triste, no te levantas, no te quieres bañar, no quieres comer, no te quieres vestir, sentís que el mundo se acabó. Entonces, cuando caes en ese estado de necesidad, de alguien que te apoye, de alguien que te anime, de alguien que te levante, de alguien que te diga, yo lo pasé, yo no me pude levantar, porque yo le pedí a Dios, porque yo también tenía una familia que me animaba. Y si estás sola, lo vamos a hacer, pidiéndole a Dios.

Y animar a esa persona, cortarle el pelo, arreglarla, ponerla bonita, llevarla al parque, comprarle un sorbete, regalarle una plantita, siempre buscarle una manera de que ella se sienta que está viva, de que ella se sienta que está apoyada, de que ella también puede salir adelante, primero, con la ayuda de Dios, y segundo, de poder empujar, levantar, levantar.

A: Como resignificar la experiencia.

J: Darle otro valor, decirle, yo lloré, yo lo pasé, yo lo viví, pero miré, yo hice esto, yo pude. Decirle, yo pude y yo hice esto. Si estás ansiosa, vas a respirar, vas a hacer esto. De todo lo que a mí me han regalado, también quiero compartir esto.

A: Para apoyar un poquito también a la otra persona.

J: A la persona que lo está pasando. Sí, porque yo he visto las personas que yo he visitado, pues si tiene cáncer, ahí está. No, no es así. ¿Qué quieres comer? Si no quieres comer eso, te voy a hacer esto.

A: Un trato más humano, también.

J: Sí.

A: Un trato más empático.

J: Ser más humanista, entender, tener empatía. No, y tu mamá está acostada, no se quiso levantar, no quiso comer, no quiere. No, no es así.

Hay que buscar una silla, meterla al baño, te voy a ayudar a bañar, vamos a platicar, te voy a poner así, te voy a pintar para que te mires diferente, te voy a poner tu pañuelo de esta manera. Y inventé, de todas maneras, yo me ponía los pañuelos, collares, y yo trataba, que yo lloraba, pero yo ya iba. Yo digo, a veces los hijos te abandonan.

Y he visto que muchas mujeres, los esposos la han abandonado, los hijos la han abandonado. Entonces ahí están ellas, con su depresión, y más triste porque nadie la ve. Entonces ahí es donde ellas necesitan amor, amor principalmente, amor.

A: Sí, y también un empujoncito.

J: Sí, un empujoncito. Un ánimo, un ánimo al ir adelante.

Una presencia también de... Abrazarla, besarla, llevarle algo que comer, hablarle principalmente la palabra de Dios, que es lo que te va a llenar, que es lo que te va a fortalecer. Que es lo único, primero Dios, el Dios el que te da la palabra, el Dios el que te fortalece, el Dios el que te levanta.

Siempre estamos diciendo, ponme ángeles y ángeles a mi alrededor, Señor, para yo poder salir adelante. Porque sin Ud. yo no soy nada.

A: Sí, y como Ud. dice, es a veces simplemente de querer llevar el proceso también. De poner de su parte y querer hacer el proceso.

J: Sí, seguir avanzando. Avanzar, avanzar. Decirle, sí me duele, pero no tengo que estar.

A: Porque le hace bien, porque es salud.

J: Sí, porque mire, si no me lo hago, me muero. Y si no pongo de mi parte, me voy a morir.

Entonces yo tengo que pasar el proceso. Aunque me dure duela, tengo que ir. Aunque es duro, pero lo tengo que hacer.

Porque yo no me quiero morir todavía. Entonces yo tengo que pasar el proceso. Yo tengo que poner de mi parte.

Todo lo que nos hacen, no es... Yo dije en mi testimonio, pasar quimioterapia y no es caramelo. Pero con la ayuda de Dios lo pasamos. Porque en el momento no te da nada. A los tres días estás muriendo. Porque todo te da. Pero en tu mente estás diciendo fuerza, Señor. Fortaleza, dame paz, Señor. Calma este dolor. Porque lo que a ti te hicieron, Señor, yo ni siquiera lo estoy pasando. Y tú lo pasaste. Ayúdame a pasarlo a mí. Entonces si nos pegamos del Señor, lo pasamos.

A: Es un testimonio bastante importante. Y sobre todo bastante genuino. De su parte. Usted es la que ha estado ahí. En el día a día. Hagamos esto, hagamos lo otro. Moverse. Porque usted mencionó algo que me parece que con la psicología le damos un nombre. Aunque usted se sienta y piense que está mal, que está triste. Aun así, usted se mueve a hacer algo. Yo busco la manera.

J: Yo busco la manera de buscar qué hacer. Porque yo digo, amor, si yo me quedo sentada es peor. Yo tengo que buscar qué hacer. Y el dolor se me quita. Porque yo limpio las persianas. Porque yo quito las telas de gaña. Porque yo doblo la ropa del clóset. Porque yo limpio la cama de celular. Porque yo me fui a la lavar ese baño. Porque yo lave el porche. Porque yo fui a barrar la calle. Yo me puse a lavar los trastes. Yo le digo a la señora, yo le voy a ayudar. Yo voy a preparar la carne. Y cuando yo miraba ya el dolor en las articulaciones, yo ya no la tenía. Porque en realidad yo agarraba todas las cosas y yo le decía, todo lo bueno en Cristo que me fortalece. Ayúdame, Señor, quítame este dolor que no lo aguanto. Yo sé que Tú estás aquí. Y yo empezaba a cantar coritos. Y yo me decía a la señora, me van a correr, porque aquí hay cámaras y miran que usted hace todo. No, yo le digo a ellos, cuando el dolor me agarra, yo tengo que buscar que hacer. Yo no me puedo quedar agotada. Y mire, el dolor se me quitaba. Porque Dios me daba en ese momento una agilidad que yo todo hacía. Y la señora se quedaba asustada. Yo limpiaba cuatro cuartos. Yo lavaba los dos baños, yo lavaba el coche, yo lampaseaba la sala. Yo me iba al jardín. Yo hablaba con mis loras. Y mis loras no paraban de hablar. Hablaba con mis perritos, mis perritos que andaban detrás de mí. Tengo un gato que se hizo perro. Donde yo ando el gato ahí anda. Entonces eso a mí me daba vida. Hablar con mis animales, buscar qué hacer. Entonces yo no me acostaba, yo nunca me acosté. Yo estaba en el proceso y yo no me acostaba. Yo decía, si yo me acuesto, peco. Entonces yo siempre estuve, mire, para acá, para allá, para allá. Nunca me acosté, nunca me senté. Y me decía mi vecino, doña Yasmina, venga a ayudarme. Si usted quiere, yo le voy a ayudar. Y se ponían a reír porque me decían, nunca guardo reposo. Si yo guardaba reposo, me moría. Si yo no podía guardar reposo. Porque yo sentía que el dolor aumentaba. Entonces yo sentía que, si yo buscaba qué hacer, el dolor se me quitaba.

A: Porque su mente estaba ocupada en otra cosa.

J: Sí, mi mente estaba ocupada, yo siempre estaba inventando. Yo siempre buscaba qué hacer y me decía la señora, doña Yasmina, se va a caer, usted quítese de aquí y déjeme a mí. Yo me subía a limpiar la ventana, las persianas, limpiaba los abanicos. Yo sentía que tenía bastante energía. Y yo decía, tengo que aprovechar porque hay energía, porque el cuerpo quiere, yo tengo que hacer. Y así yo, gracias a Dios, vencí a los dolores. Yo vencí a los dolores.

A: Y así fue avanzando y avanzando y avanzando.

J: Y así yo caí avanzando, mire. Y lo logré, gracias a Dios. Yo no tengo ningún dolor. Yo tres días tuve dolor aquí, yo lloraba y lloraba y lloraba. Y yo le decía, señor, que mi mano sea en tus manos, quítame este dolor, que no lo hago, más cuando no podía levantar el brazo también. Y yo le decía, ayúdame, señor, que no puedo levantarlo, que mi brazo no me puede quedar tenso. Y

así, mire, yo volví mi brazo normal. Y así yo seguía, yo agarraba un palito, lo subía, lo bajaba, me metía en el baño, bajaba, subía, me echaba bastante jabón. Y yo decía, para que me resbale y el dolor se me quite. Y yo lo hacía, lo que a mí se me venía, yo lo hacía.

A: Con tal de que fuese un poquito menor el dolor.

J: Y yo decía, para que el dolor se me quite, yo tengo que ir aceptando, decía yo. Yo tengo que ser fuerte para darle valor a otra persona cuando le quiten el busto.

Y así, mire, pues, yo siento que lo he ido logrando, lo he ido logrando. No ha sido fácil, pero sí lo he ido logrando gracias al señor.

A: Les felicito bastante. Créanme, desde luego, de mucho corazón. Les felicito bastante. Creo que todos hemos tenido una experiencia cercana con el cáncer.

Algún familiar, algún ser querido, algo. Y realmente a veces somos un poquito distantes de esa experiencia que tiene. Usted que está en primera mano, que está ahí, que realmente está con los síntomas de la quimio, con esto, hay que hacer esto, hay que hacer lo otro, con la dieta, con el proceso. Y a veces uno de fuera es un poquito distante a eso. Y conocerlo en primera mano de usted. Se siento como realmente aprender algo, algo valioso.

Y sé que de aquí en adelante todavía tiene un pasito más que dar y todavía quiere hacer más y quiere regalar o dar de regreso la experiencia que usted tiene. Es algo, es una meta, o si lo tiene como meta o propósito, súper increíble y sé que también a veces cuesta y a veces es duro, ¿verdad? Creo que lo hemos hablado un par de veces ahorita, pero no dejar de lado el hecho de que es difícil, pero que usted lo quiere hacer, que usted puede hacerlo, ¿verdad? Y que puede ir aun así uno a uno con las personas que son recientemente diagnosticadas o que están en el proceso de la quimio y eso. A mí me gustaría preguntarle, ¿qué mensaje a usted le gustaría darle a alguien que está apenas recibiendo el diagnóstico?

J: La quimioterapia.

A: O la quimio o el diagnóstico que apenas está ahorita en el proceso, que le acaban de asegurar, usted que ya atravesó ese proceso, ¿qué le gustaría a usted decirle a esa persona? Ese mensaje que le gustaría a usted dejarle.

J: Yo le diría, yo entiendo muy bien lo que está pasando, no es fácil, pero siempre si nosotros no agarramos de la mano del Señor, lo pasamos. Van a haber momentos difíciles porque lloramos, porque el proceso, como dice la canción del alfarero, Dios te va forjando y te lleva a cada medio. Entonces, cuando empieza tu proceso vas a llorar como una niña, vas a decaer, te vas a encerrar, no lo vas a creer. Pero si tú doblas rodillas y le pides a Dios de todo corazón, te va a levantar y te va a restaurar. Un alma nos acompaña tanto que llegaste al Señor, que llegaste a la vida. Ese es mi esposo porque tiene que ir a trabajar.

A: Creo que igual ya estamos cerrando la entrevista, agradecerle muchísimo, muchísimo, muchísimo el tiempo. Me encantaría si venimos a alguna actividad o alguna otra cosa aquí encontrármela de regreso. Que pase su proceso ahorita en octubre que viene, que viene a su otra cirugía y que todo le salga súper bien. Que siga con ese ánimo de dar, también de recibir. Y sobre todo que usted siga siendo de esas personas que animan a otras a seguir su proceso. Muchas gracias por el tiempo, que lo vaya súper bien hoy.

Disculpe que la dejamos atrasando, pero gracias por el espacio.

J: Bueno amor, a usted. Gracias. Es lo que hay de mí. A usted. Y bueno amor, gracias. Gracias. Nos vemos amor.

Apéndice I. Transcripción Entrevista Elizabeth

A: Ok, de nuevo buenas noches, Doña Ligia. Los muchachos no se van a poder conectar, pero no importa, aquí nosotros seguimos. Este... Usted mismo.

E: ¿Qué? Tú dime.

A: Ok. Este, bueno, nuevamente muchas gracias por acceder a la entrevista, con esto de que hemos estado, que si presencial, que si virtual y todo esto. Igualmente, de todas maneras, muchas gracias en nombre de mis compañeros y mío. Como bien ya le había mencionado en los mensajes, esta entrevista forma parte de nuestra recolección de datos para nuestra investigación, para optar a nuestro título ya para el final de la carrera. Tiene como tema relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico.

En este caso, en la clínica oncológica del Hospital Salud Integral. Ok. En este caso, la entrevista lo que busca es documentar su experiencia durante todo su proceso diagnóstico.

Su participación es completamente voluntaria. En cualquier momento, si usted desea, se puede retirar de la entrevista, no hay ningún problema. Y obviamente siempre se va a contar con toda la regularidad académica y pues con toda la privacidad que requiere este tipo de estudio.

No se va a guardar ningún récord de nombres ni nada por el estilo. Y sólo puede reiterar de que esto es simplemente con un fin académico. Ok.

Bueno, igual se van a establecer códigos para el manejo de la información, así que en ningún momento no se va a abrir una información que permita que se identifique al paciente, en este caso a usted. Bueno, hoy es jueves 2 de octubre de 2025 y quería preguntarle, señora Ligia Corrales, ¿está usted de acuerdo con que grabemos la entrevista?

E: ¿A quién le queda la grabación de la entrevista?

A: Solamente a nosotros. Solamente audio y después vamos a transcribir la información.

E: Ok. Perfecto, no hay ningún problema.

A: Ok, está bien, muchas gracias.

E: Espero no aparecer en redes, ¿verdad?

A: No, no se preocupe, nada de eso va a pasar. De nuevo, solamente académico y para nosotros, para el manejo interno. Perfecto, con gusto. Ok, bueno, antes de comenzar en nuestra temática, quería comenzar a que hablemos un poquito de usted, si me puede regalar su nombre completo, si alguien tiene algún apodo para usted, que a usted le guste, su rutina, por ejemplo, su día a día, qué emociones vivía antes de todo esto.

E: Perfecto, si me vas ayudando, conduciendo con preguntas, en la medida que voy hablando yo creo que va a ser más efectiva la recolección de información.

A: Ok, está bien.

E: Para no irme fuera, me vas poniendo pautas y me vas preguntando y yo creo que va a fluir mucho mejor. Entonces, a ver, empiezo presentándome, mi nombre es Ligia Marina Lucía Teresa, tengo cuatro nombres, Corrales Martínez. Soy la tercera de cuatro hermanos, la única mujer, soltera, cumplo mañana 52 años, católica.

¿Qué más te cuento? ¿Qué más te cuento? Ayúdame.

A: Ok, ¿cómo se describiría usted físicamente?

E: ¿Cómo me describo físicamente? Bueno, mido 1 metro 70 centímetros, tengo una nariz pronunciada y atípica, una nariz con un quiebre muy especial, soy delgada, con unas manos y unos brazos muy largos, igual que mis pies. ¿Y qué más te digo físicamente? Esos son los rasgos que sobresalen.

Mis ojos son aparentemente tristes, pero son solo los ojos los que parecen tristes, porque detrás de mí hay una alegría que me supera aún en los momentos difíciles, que eso viene de Dios, o sea, no es una alegría porque yo he decidido ser alegre, sino porque Dios me da esa alegría cada mañana al despertar, cada mediodía, al momento que hago el corte para el almuerzo y cada noche antes de acostarme. Es lo que me sostiene, lo que le da un sentido a mi vida.

A: Ok, sí es muy importante tener ese algo que siempre nos permite levantarnos todos los días y que nos da ese impulso para seguir.

Cuéntame, ¿cómo se ha estado sintiendo últimamente en general?

E: Muy bien, muy bien. Como te digo, gracias a Dios todo va muy bien. Algún día que no me siento muy bien porque luego de que te quitan la tiroides, pues la tiroides es el cerebro, el cerebro, ay, Dios mío, el cerebro hormonal.

Entonces, mientras encuentran la dosis adecuada que pueda suplir la función de la tiroides, pues hay épocas en las que estoy hipertiroidéica y hay épocas en las que estoy hipo. Ambos me causan un cansancio extremo. Sin embargo, pues he aprendido a llevarlo.

Cuando tengo sueño, me duermo. Tengo hambre, como. No quiero hacer nada, pues no hago nada. Y nada, aprendiendo a vivir esta nueva etapa de la vida.

A: Ok, muchas gracias por toda esa información. Entonces, ahora vamos a comenzar bien lleno con todo este proceso.

Entonces, sigamos. Bueno, antes de recibir su diagnóstico, todos, cada uno de nosotros tiene una rutina, su día a día, las personas con las que normalmente se relaciona, alguien, podemos decir compañeros de trabajo, amigos, que uno normalmente está en un contacto constante. Cuéntenme, ¿cómo era su día, su rutina, antes de recibir su diagnóstico?

E: Diría que exactamente igual que después de recibir el diagnóstico.

En tanto a rutina de trabajo, hábitos de vida, usualmente me levanto a las cinco y media de la mañana, o me baño, o inicio rezando la liturgia de las horas, rezando el aude. Luego me baño, me tomo mi tiempo para arreglarme, para mimarme, para cuidarme. Desayuno, y me voy hacia el trabajo.

Llego al trabajo, y pues lo que me encanta, desde que voy entrando, pues saludo al jardinero, al vigilante, al camillero, al que recolecta la basura, a la persona que hace la limpieza, vengo haciendo paradas. Después de eso, pues tengo mi reunión de la mañana de todos los días, que es el cambio de turno, donde está personal médico y clínico, hay doctores, hay personal de enfermería, y arranca mi día normal de trabajo. Al mediodía, sobre las doce y media, una, suelo venir a almorzar a mi casa, almuerzo, aprovecho mi siesta de mediodía, veinte minutos, media hora, y cuando puedo, cuarenta minutos, y regreso a la oficina.

Para evitar el tráfico, suelo quedarme hasta las seis y media, siete, porque al final demora el tiempo que me toma llegar hasta la casa, saliendo a las cinco y media del trabajo, en el tráfico, lo aprovecho en la oficina, es a la hora que ya estoy tranquila, que no hay movimiento de gente, ni puertas que tocan, ni teléfonos que suenan, y pues me vengo más tarde a la casa, cena, veo un poco de televisión, media hora, cuarenta minutos, porque vengo cansada, me duermo, a veces rezo el rosario, a veces puedo rezar las vísperas, y si no, pues me duermo, porque a veces me quedo dormida. Y arranca el día siguiente, que bueno, con los compañeros de trabajo, que siempre hay algo de qué hablar cuando se trabaja en un hospital, estás constantemente en movimiento, relacionándote con pacientes, con médicos, con personal administrativo, con personal de apoyo, y bueno, las reuniones suelen ser una, cuando menos en el día, y los días más cansados, dos reuniones por el día. El día miércoles es el día que tengo celebración con mi

comunidad, entonces salgo más temprano, a seis de la tarde, para ir a la celebración con la comunidad.

El jueves, la mayoría de los jueves, al mediodía, aprovecho para ir a la misa que se celebra en el hospital a las doce del día, ¿qué más te digo? Eso va por ahí un poco de la rutina, hay días que cuando regreso del trabajo, si hay buen clima y tengo energía, pues salgo a caminar un rato por el parque, camino entre tres y cinco kilómetros, y me baño y ya me he puesto riquísimo, después de dar... Sí, eso de irse a dormir después de una ducha es lo más rico, y si está siendo frío, mejor. Exacto, que no es lo que ha caracterizado este año, más bien un calor del carajo, que ni recién bañada te sentís rico, pero bueno.

A: Sí, que uno se bañe y ya está sudado, ¿no?

E: Que salgo empapada del baño, que me seco, paso la toalla, y cuando veo que estoy empapada.

Sí. Luego, ¿qué te digo? A veces, unos que otros viernes o un jueves, después de la oficina, nos vamos un grupito, tres, cuatro, cinco, quizás con otro gerente, y a veces nos acompañan dos, tres muchachos de jefatura, o todo un equipo de una oficina, y nos vamos a algún lugar a tomar algo, qué sé yo, nueve de la noche y antes de regreso a la casa, esos jueves o viernes. Los sábados, fin de semana, si estoy bien de energía, me puedo ir a casa de unas primas y paso el fin de semana en la casa de mis primas compartiendo con la familia, y si no me quedo tan tranquila en mi casa, aprovechando a hacer lo que el cuerpo quiere. Si quiere dormir, duerme. Si quiere comer, come. Si se quiere bañarse, baña.

Si quiere leer, lee. Un poco lo que te gusta, ¿verdad? O si no, voy a visitar a mi papa, la celebración con la comunidad los sábados de Eucaristía, o si no, el domingo, dependiendo cómo está el nivel de energía. Esa es un poco mi rutina.

Y lo que siempre está de por medio, alguien, alguna amiga del tiempo del colegio o amigos de trabajos anteriores que preguntan, ¿estás en tu casa? Y si estoy, ¿qué vas a hacer más tarde? Pues cocinar algo y pasar el rato. Compartir con los amigos, que el que viene no se quiere ir. Vienen a la casa y no se quieren ir.

Al final tengo que decir, las visitas tienen sueño y los dueños de casa se quieren ir. O sea, se pueden ir, ya es hora de irse. Pero bien, esa es básicamente, ¿verdad? Te estoy contando días típicos, días típicos.

A: Ok, perfecto, muchas gracias. De actividades que usted realiza. ¿Qué actividades eran las que más le gustaban?

E: Así, te diría, ¿esto sí o sí lo hago? Pues justo lo que te cuento, que es lo que sigo haciendo.

A: Ok. ¿Su misma rutina? ¿De su oración en la mañana?

E: Sí.

A: Perfecto. Ok. Antes de su diagnóstico, ¿usted me compartía de que es la misma rutina, mismos cuidados, siempre se ha estado pendiente de su salud?

E: Sí. Sí, porque tengo la característica, a ver, creo que tenía 22 años, cuando me diagnosticaron una endometriosis.

No sé si conocen un poco de esa enfermedad. Es tejido del endometrio que se sale de su sitio y va creando como unas bolsas donde se va guardando sangre de cada menstruación. Se hacen unos kits dolorosísimos que la mejor manera de arreglarlo es con un embarazo, que evita la menstruación naturalmente, o te tratan con anticonceptivos para que no haya sangrado.

Entonces, claro, la salud de alguna manera la venía cuidando desde ese tiempo. Fue mi primer debut y bueno, fueron 4 o 5 cirugías, ya no lo recuerdo. Eso me llevó a una menopausia temprana, a los 35 años, más los efectos secundarios que usualmente tiene cualquier medicación que tenga que ver con medios anticonceptivos y de alguna manera, eso me obligó, no me obligó, porque no fue una obligación, pero sí tener contacto con médicos, tanto el ginecólogo como el médico internista.

Entonces, mi salud, tuve que cuidarla. Ya, ok. Sí con endometriosis, ¿así es verdad? Generalmente lo que se conoce y lo que llegaba a escuchar que sí es bastante doloroso en ese periodo, entonces desde los 22 años, entonces sí me imagino que requiere un cuidado bastante meticuloso con todo.

A: Sí, usted menciona que generalmente se trata con anticonceptivos, la disciplina de estar tomando un anticonceptivo a la misma hora, todo.

E: Era inyectado. Era inyectado, utilizaban una, creo que se llamaba depotrovera, que dice que era una medicina que iba a conseguir que, por tres meses, poniendo una inyección, cada tres meses no tuviera mi regla.

Sin embargo, eso no era posible, ponían hasta dos inyecciones mensuales y no lograban de tenerlo. Luego hubo medicación por vía oral, pero que no era anticonceptivo, sino que hubo una medicación que va específica para la endometriosis y ya no sé cuántas inyecciones más que

tenía, que sí era dolorosa la inyección, el efecto secundario de la inyección y pues todo lo que te causa algo que no es parte del ciclo natural. Sí.

A: Y cuénteme, ¿hay alguien en la familia con este tipo de padecimiento? Nadie, soy la primera.

E: Soy la primera y la única. Somos, contando primos hermanos de la parte materna y paterna, primos hermanos, somos 49 y de los 49, pues yo tengo el premio mayor.

A: Y nadie más hasta ahora lo padece. Ok, entonces hasta ahora usted ha sido la primera y van aprendiendo y conociendo todo.

E: Exactamente, exactamente.

A: Ok, ahora, sigamos. ¿Cómo percibía su cuerpo antes de...? ¿Cómo así? ¿Cómo se veía usted? ¿Ha cambiado si pensaba que tenía algún defecto o algo que no le gustaba a usted?

E: Realmente no. No. O sea, mi nariz me encanta porque digo, no hay otra como la mía. No. No, o sea, no tengo nada que te pueda decir, necesito una cirugía para cambiar esto, necesito, no. Mira, mi pelo es blanco, ese es mi color natural y digo, ¿por qué me lo voy a pintar? A mí me gusta, me encanta. Pero de momento, me encanta.

A: Ok, perfecto. Bueno, ¿y su salud mental? ¿Su bienestar mental antes de...?

E: Fíjate que bien, hubo un episodio, yo digo un episodio, mi mamá falleció hace tres años, acaba de cumplir y siempre vivimos juntas fuera de serie. La madre que me tocó fue la mejor que Dios pudo encontrar para mí. Había una relación, por supuesto, de madre e hija, pero compartimos en la comunidad, estuvimos juntas durante 37 años, entonces eso hace que tu vida, pues, está abierta, o sea, una relación completamente abierta, sin tapujos, sin... y de mucha confianza, de mucha confianza sin perder de vista quién es la madre, aunque llega una etapa de la vida donde te convertís en la madre de tus padres.

Sin embargo, la relación fue siempre de respeto, pero abierta, una mujer excepcional, una mujer con unas calidades y cualidades humanas impresionantes. Ante el sufrimiento, ante el dolor, ella hablaba hasta con las piedras, con quien sea, aunque no lo conocieran, una persona sin pena, sin respeto humano, sin complejo, una mujer muy libre, con muchos sufrimientos, una historia de muchos sufrimientos, pero pienso que eso fue la que la sensibilizó sobremanera. El

vuelo, que fue una muerte realmente inesperada, posterior, claro, eso te mete un poco ahí tristeza, aunque pienso que fue más fuerte el saber de qué su muerte no era una derrota, sino el alcanzar una meta.

Ella siempre habló de la muerte como del viaje esperado. En su interior, siempre anheló el cielo, anheló ese día, y no te cuento que era una mujer deprimida ni cosa que se le pareciera, pero aquello de saber y tener la certeza que existe el cielo, que existe la vida eterna y que la muerte no tiene la última palabra. Entonces, eso para mí, de hecho, en el momento de su muerte, que fue súper rápido, fue un infarto masivo, lo que a mí me salió cuando veía que sí, que se está yendo, fue decirle, mamá, no te canses, porque ella quiso balbucear mientras yo rezaba el padre nuestro y le decía, mamá, no te canses, el esposo está aquí, ha venido a tu encuentro y te está esperando, ándate en paz, que todo lo has hecho bien, nosotros vamos a estar bien.

Entonces, poderla despedir sabiendo, teniendo la certeza que donde va, está mejor que como nunca pudo estar por aquí ni yo pude llenar los vacíos, las carencias que usualmente tenemos. Entonces, que donde está, está muy bien. Estoy segura, o sea, no me cague la menor duda que está muy bien.

Posterior a eso, me presentaron un cáncer a la hermana que le sigue a mi mamá y fue un cáncer, pero súper agresivo, un cáncer de células pequeñas que es el más agresivo de los cánceres y en cuestión de 16 meses estábamos enterrando mi tía. Ella vivía en Estados Unidos, viajé muchas veces a verla en momentos cortos y claro, de alguna manera hay una... porque la relación con ella no era una mujer tan expresiva ni tampoco en su momento de tener la confianza y la esperanza de que Dios está actuando hasta que aceptó recibir los sacramentos. Ya la cosa vino cambiando.

Posterior a eso, al año, al menos del año de muerte a mi tía y menos del año es que sale mi diagnóstico del cáncer de tiroides. Ah, bueno, es que salgo de un trabajo en el que había estado durante 12 años entonces eso fue otro duelo. Otro duelo y por supuesto mi estrés postraumático por la forma como se vieron las cosas.

Entonces son los eventos que te puedo contar donde mi salud mental a lo mejor estuvo digo seguramente porque lo pasé debajo del agua estuvo no bien, pero sin perder la conciencia ni la compostura ni reconocer las emociones que estaba viviendo. Había nostalgia había duelo había pero sobre todo eso miedo en algún momento de qué vas a hacer cómo va el futuro hacia dónde vas pero me parece que es parte normal porque no te puedo decir tristeza es que decirte tristeza para mí la tristeza es cuando no tengo esperanza sobre algo pero tenía la certeza de que Dios iba a hacer algo qué iba a hacer no lo sé cómo iba a pasar por mí tampoco lo sabía pero sí que me estaba consolando y que me ha consolado entonces eso que lo cuento y un poco después de tres meses o cuatro meses por primera vez conozco una crisis de ansiedad que está relacionada como bien lo ha visto la licenciada Marta con este estrés postraumático de la experiencia vivida en el trabajo anterior

A: Sí, bueno sí son una serie de experiencias bastante fuertes que como usted dice la vivió sumergida en una situación que no le dio chance de procesar una pérdida después a un mes pasa un diagnóstico pasa un año y unos meses otra muerte de alguien cercano a usted un familiar y después a un año de eso recibe usted su diagnóstico y pues evidentemente viene usted y comienza a querer vivir estos duelos el trabajo la pérdida y también la cantidad de años que estuvo usted en este trabajo entonces era un portón de comienzo es cierto usted dice no es tristeza puede ser una incertidumbre por así decirlo no sé qué va a pasar pero sé que alguien está aquí conmigo.

E: Y me da no sé qué va a pasar pero sí este todo este proceso ha sido bastante fuerte y después vivir en carne propia este diagnóstico no es fácil fíjate que el diagnóstico y sobre todo la forma más que casual como se dio Dios siempre aparece haciéndose el contradicho como cuando estás persiguiendo a un muchacho que te guste y decís ups! por casualidad pasaba por esta cafetería y en tu vida te has tomado un café simplemente lo andas persiguiendo y ups! por casualidad yo compro aquí las naranjas todos los sábados y en tu vida has comprado naranjas lo andas persiguiendo que te haces así como el contradicho que casualidad no sabía entonces igual acontece Dios en la vida del hombre y bueno salgo de ese trabajo sale el trabajo en el hospital que a mí siempre me ha encantado el tema que tiene que ver con salud el estar cerca de aquel que sufre dentro de mí yo digo que ha habido un médico frustrado tengo dos tíos médicos en la familia y a mí siempre me interesó saber cómo haces esto y cómo hacerlo otro y contarme esto para qué sirve eso desde muy pequeña entonces para mí llegar a trabajar a un hospital fue como me saqué la lotería e incluso a mi edad usualmente cumplir los 50 años es decir quien me va a dar trabajo es complicado y sin embargo surge este trabajo y estoy segura que no surgió de la nada fue por publicar mis datos en LinkedIn porque yo no creía en las redes yo no tengo redes sociales y una ahijada que trabajó conmigo en el trabajo anterior y de ahí resultó ahijada dice vamos a hacerlo en LinkedIn yo paso en ese tiempo una noche oscura no era capaz de virtualizar mi CV con mi autoestima por el suelo con mis energías por el suelo creyéndome una inútil una persona que no valía para nada justo en ese momento de la salida del otro trabajo y la transición de buscar trabajo había tenido un accidente y una alusión en la rótula que también eso me inmovilizó estuve 5 meses, 6 meses de subsidio y se pegaron muchísimas cosas primer evento en el que no está mi mamá que era mi partner número uno pero también viendo por otro lado como dio siempre

Te pongo un poco ese contexto, porque como también el sentirte limitado te lleva a sumergirte en el ser más profundo. Porque hay una muerte óptica, o sea, tu ser lo ves que se descorona en un momento. Y si en ese momento no aparece Dios como el que me da la vida, el que me salva, el que lleva adelante y esté escribiendo una historia de amor conmigo, dime,

búscame un CD, porque esto no tiene sentido, para cortarme las venas, que no me buscaría un CD, me buscaría otra cosa, no como dice la canción.

Entonces, en ningún momento sentí que Dios estaba equivocándose, mucho menos decía, bueno, por algún lado me querés llevar. Seguramente a mi alto ego y a mi soberbia, crearme superior a los demás, me hace muy bien pasar este momento para darme cuenta quién socó, quién socó y mi pequeñez. Entonces, me capturan del hospital en LinkedIn y me ofrecen una oferta de trabajo que yo ni siquiera había pensado jamás que el hospital tenía interés de trabajar conmigo.

Justo los tres meses de haber iniciado el trabajo ahí, fue para este tiempo, fue un octubre, 19 de octubre, 19 de octubre, ya ni me acuerdo. Un sábado decido que toca ir a hacer la mamografía, iba para este centro de imágenes para Cipro, que tenía muchos años de realizarme ahí los estudios, pero entra la calculadora y digo, ¿por qué voy a ir a pagar ahí 200 dólares si en la clínica del hospital, de la que yo soy gerente, me cuesta ese estudio 40 dólares? ¿Por qué voy a ir a pagar al otro lado? Y todo ese es mi diálogo mental. Pero bueno, ¿cómo le voy a ir a enseñar mis bubis a gente que depende de mí? Qué complicado después verlos a la cara y decir, no, no, no, si a estas alturas se están cayendo.

Si estuvieran todavía en sus mejores años, pues a lo mejor. Pero se están cayendo, están tristes, parecen cebollas, que las ves y dan ganas de llorar. Y decido ir a la clínica, y como es primera vez que estoy como paciente para hacer una mamografía, hacen una encuesta.

Antecedentes de cáncer en su familia, yo menciono, mi papá tuvo a los 58 años un cáncer igual al que yo tuve de tiroides, y que se dio el resto de los cánceres. El médico radiólogo que hace el ultrasonido de mamas me pregunta, doña Ligia, ¿alguna vez se ha hecho un ultrasonido de tiroides? No. ¿Alguna vez se ha revisado la tiroides? Sí, el perfil tiroideo, pero estoy bien, salen bien.

Yo le sugiero, dado que hay un cáncer de su papá, que sea un ultrasonido de tiroides. Le digo, ok, hagámoslo. Pone la doctora el transductor, yo veo que se tarda su rato, y le digo, doctora, ¿qué hay? ¿Hay algo malo? Hay una imagen que no me gusta y quiero verla.

Ella muestra a la pantalla, y le digo, doctora, tengo cáncer. Eso es maligno. ¿Y usted qué sabe de esto? Ah, cuando a mi papá le hicieron la aguja fina, la biopsia, yo entré, yo lo vi, tiene la misma pinta del de mi papá. Entonces ella me dice, no la quiero preocupar, pero sería bueno que haga una biopsia. Regresen una hora por su resultado. Ok, me fui a McDonald's, me comí mi cajita feliz y dije, ok.

Hice mi cita, no le avisé nada a nadie porque dije, tengo que esperar, no tengo nada todavía. Y cuando veo el resultado del estudio que dice TIRAT4, es un 85% sospechoso de malignidad. Dije, estoy pegada. Hice mi cita, el día martes, eso fue un sábado, martes me programan la biopsia. Ahí sí le avisé a mi papá, mira, tengo este resultado, el martes me hacen la

biopsia. Ok, me dejo, yo te acompaño, pero no es necesario papá, pero si vos querés acompañarme, está bien.

Tomaron la biopsia en el hospital, no pudieron en el primer intento porque estaba encapsulado y una membrana moltura. Entonces tuvieron que pinchar 7 veces hasta lograr romper la bolsita para sacar la muestra. O sea, tomaron la muestra, eso fue un martes, viernes, yo tengo resultados a primera hora. Y cuando veo positivo para cáncer. Yo recibí la noticia y a lo mejor te va a resultar que vas a decir, esta mujer seguramente es anormal o le falta una tecla. Porque lo que salió de mí es, Bendito sea Dios, gracias por este cáncer y por este diagnóstico. Gracias por la patada que me dio en el fundillo en el otro trabajo y me trajiste a un hospital. Donde todo se puso tan fácil, se abrieron puertas, mi jefe, que es el director del hospital, se dio cuenta del diagnóstico. Porque claro, te ven el moradito y ¿qué pasó ahí? Una biopsia de tiroides.

Inmediatamente me llegó a buscar a la sala en la que estaba en una capacitación a decirme, Ligia, ¿qué puedo hacer por vos? ¿Cómo estás? Y entonces yo, con sus ojos llorosos, le digo, ¿qué te puedo decir? Estoy tan contenta. Porque cuando más se sufre y entre más cerca estás de la muerte, más cerca está Dios. Y una vez más tocan mis puertas.

Entonces, ¿qué te puedo decir? Estoy contenta. Ya luego hablé con el médico, con el oncólogo del hospital y el oncólogo me dijo, Ligia, bueno, esto hay que operarlo. No te preocupes, este es uno de los cánceres más bondadosos.

Vas a vivir. Y me molesto. Le digo, doctor, ¿y usted quién se cree? Para decirme que voy a vivir. La vida la da Dios y la vida la quita Dios. O es que usted tiene, está como jugando al Nintendo y tiene el control para decir, este vive y este muere. Lo que usted tiene es dones que Dios ha puesto en sus manos en beneficio de los demás, pero usted no sabe quién vive y quién no vive.

Pero yo enojada, cuando me dice, vas a vivir, arrecha, porque yo digo, ¿y este qué piensa? ¿Y qué tal que no le? ¿Qué tal que me muero? ¿Qué le vas a decir a mi familia? Y él, así como, uff. Nada, hice los exámenes preoperatorios y 15 días después fue la cirugía. Entre los riesgos que había por la ubicación que tenía el nódulo es que perdiera la voz porque estaba muy cerca de las cuerdas vocales.

El otro riesgo que había es que las glándulas paratiroides no se pudieran reimplantar, que te queda una deficiencia de calcio. Y por la osteoporosis, por la osteoporosis, por la endometriosis y por tanto tratamiento de anti-estrógenos, por la menopausia prematura, yo tengo la osteoporosis severa. Entonces eso de las glándulas paratiroides era un problema porque quedas con una deficiencia de calcio.

Bueno, dije, esto es lo que hay, vamos a ver qué es lo que Dios tiene para mí. Entré a quirófano, ah bueno, porque cuando el médico me dice, Ligia, es probable que quedes sin voz y sin poder hablar por un tiempo, luego hay que hacer tratamiento. Entonces yo solo le dije, doctor, si en 50 años de vida yo he hablado mucha mierda, el Señor me quitará la voz.

Pero si Dios quiere que yo siga hablando de Él y de lo que Él puede hacer, de lo que soy testigo en mi vida, pues me dejará la voz, doctor. Vamos a ver qué decide el hombre. Salí de quirófano, bueno, el día de la cirugía, no sé si querés que te cuente de eso un poco.

Yo preparé mi maleta como quien va a algo muy bueno, recibí la unción de los enfermos, pedí la unción de los enfermos, recibí la unción de los enfermos en compañía de la comunidad. Eso me confortó muchísimo, y más bien dándole tranquilidad a mi papá, a mis hermanos. Para mis hermanos la noticia fue fuerte, o sea, un cáncer, eso era como wow.

La palabra cáncer usualmente asusta, y recién acabábamos de perder a mi tía. El día de la cirugía, pues entré muy temprano, me llevaron unas amigas al hospital porque yo no quería que mi papá manejara desde tan temprano hasta mi casa a buscarme. Lo encontré en el hospital, entré al quirófano, no sé, así, tan contenta.

Si yo te mando la foto que me tomó mi papá ya cuando estoy bien pijamada y con mi gorro, decís vos, ¿y está a dónde va? Yo veía la foto y decía, no puede ser, después de que ya salí del hospital. O sea, iba contenta. Salí hablando del quirófano, salí muerta de hambre pidiendo comida, que me decía en el hospital una gelatina, y les digo, no, no, no, yo lo que tengo es hambre, dame comida.

Y bien, me entregaron mi biopsia, era un cáncer papilar, tuvieron que quitar dos fibras de músculo del cuello porque estaba agarrado como garrapata. Y por los resultados y por el antecedente de cáncer de mi papá, pues había que darme medicina nuclear. Entonces, con el tema de la medicina nuclear, voy a Salud Integral, que ha sido mi clínica previsual.

Hace la valoración, la médico nuclear, y se hace la solicitud al INSS, y recibo al mes, exactamente, 150 milicurios de yodo radiactivo. Esa experiencia de los tres días encerrada ahí en un cuarto donde estás completamente aislada, pues también para mí fue una experiencia, fue un paso de Dios. Porque lo primero que pedí es que me dejaran sola.

Son cuartos compartidos, y gracias a Dios entramos tres mujeres y un varón. O sí, o sí, una de las mujeres tenía que quedar sola. Entonces, me tocó estar sola.

Y lo primero que yo veo esa noche, porque me dejaron una habitación que tiene una ventana y una luminaria pública. Ahí está la Cruz de San Damián. Cuando yo veo ese reflejo, digo, Señor, qué increíble.

Qué increíble el amor y la ternura que tenés para conmigo. Porque, ¿qué me queda aquí? Él me mira y yo lo miro. Tenía frente a mi cama, no tenía nada, porque te va sin nada lo que llevas ahí, ahí queda, porque está con la radiactividad.

Y en una intimidad que tenés dos opciones, o pegar cuatro gritos porque te estás volviendo loca, o clamar a Dios y bendecirlo por todo el bien que has hecho. Y esa, ¿qué te puedo contar? Claro, todas las consecuencias que tiene el yodo radiactivo. Yo tengo, soy muy alérgica.

Entonces me dio una reacción alérgica al yodo. Pero bien, luego diez días aislada aquí en la casa. Pero fue bueno, con las hormonas locas, porque tenía la TSH elevadísima.

Entonces, dosis muy alta de levotiroxina. Pero bien, decía yo, es parte del proceso, algo irá pasando, algo irá pasando, todo tiene que pasar. Mi mamá decía, todo pasa y esto también pasará.

Yo decía lo mismo, pues todo pasa. Ayer me dieron un diagnóstico, antier fue la cirugía, todo va pasando. Y nada, después que más contarte, cuando me incorporé al trabajo, yo regresé al trabajo hasta enero.

Sí, sentía como que no era yo, como que era otro yo, muy distraída, dispersa, con dificultades de atención, con dificultades de memoria. Que todavía quedan secuelas. Siento que va pasando el tiempo y estoy muchísimo mejor, pero quedan secuelas.

Me decía el médico internista del hospital, que es como quitarle el cerebro a un carro electrónico. Tenés que crear después nuevas conexiones para que la cosa vaya fluyendo. Más lo que te mencionaba, un estrés postraumático, después de trabajar por 12 años con una persona excesivamente narcisista y controladora. Que de pronto no te das cuenta en medio de que estás metida, hasta que salís. Y decimos, guau, recuperé mi vida. Y nada, pues en esa parte estoy del proceso y lo que te cuento de la crisis de ansiedad y lo demás.

A: Entiendo que está relacionada con todo esto. Sí, bueno, muchas gracias por todo, por contarme todo este proceso. De hecho, estoy asombrada con la tranquilidad, por así decirlo, con la que usted se tomó todo esto.

Y teniendo en cuenta todo lo que pasó anteriormente, todos los antecedentes, todas estas situaciones. Pero es atrajera decir, citando a sus mamás, que todo pasa y todo va a pasar. De que, ok, y esta fe inquebrantable en el Señor, en Dios.

De que, ok, si está pasando es por algo, tiene un fin. De algo voy a aprender de toda esta situación. Y pues es realmente admirable cómo se toma todo esto.

Porque como usted menciona, la reacción esperada, la reacción normal. Se podría decir que ha sido la reacción de su papá, de su hermano, de decir cáncer, muerte, en ese momento. Entonces ver la diferencia de cómo usted como paciente vivió esa noticia.

De decir, ah, sí, eso es cáncer. Eso yo ya lo vi. A su papá tal vez de que también él fue paciente.

Y sus hermanos también, que no sé si ellos también vivieron este proceso todos juntos. De decir, ah, mi papá, mi tía, ahora mi hermana. Y pues bastante admirable, como le digo, y de reconocer toda esta, mantenerse centrada en que va, está pasando, va a pasar y está pasando por algo.

Durante todo este proceso usted mencionó que decía de que la dejaran sola. Pero a pesar de que físicamente usted decía que era estar sola, usted sintió el acompañamiento por parte de su familia, de su amigo, de Araceli, que usted menciona que la acompaña en su casa.

E: Sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí, cien por ciento.

O sea, mi comunidad, amigos, vecinos, las compañeras de colegio, compañeros de la universidad, los compañeros de trabajo por detalle. Púchica, que decía yo, ¿cómo es posible? Y sobre todo eso decir, señor, yo no me merezco nada de esto. O sea, ¿cuánta bondad es la tuya a través de personas concretas? ¿Cuánto esto me invita a mí a ver por el otro, a ver por el que sufre en pequeños detalles? Un mensaje, una visita chiquitita, que te traía, qué sé yo, que me traían la mejor fruta, que, si te traen la leche tal, que es la que te gusta.

O sea, pequeños, pequeños, grandes detalles, que cómo te cambian la vida con una planta o un, yo qué sé. Y tanta gente preocupada que de pronto decía yo, pero que me dejen en paz y yo estoy bien. O sea, que me parecía que era demasiada la cosa, que inclusive hoy que me ven y que me dicen, Elizabeth, pero es que te ves muy bien.

Es que yo estoy bien. Hay momentos en los que no me siento bien y si no me siento bien, pues me quedo tranquila en mi casa. Si estoy cansada, me quedo tranquila en mi casa.

Si no tengo ganas de hacer algo, ahora con mucha más razón, pues no lo hago. Eso de sentirte libre para decir no, no quiero o no puedo. Que tantas veces hice cosas que a lo mejor no quería o que no podía.

Pero cuando veías que tenía el fardo encima, pues ahora estoy más libre que, o sea, la vida es una y no la puedo vivir de cualquier manera. Sí, estoy consciente y sobre todo me apuesto de cara a que mi vida, mi paso en esta tierra tiene un tiempo. Hubo un principio desde que fui concebida en el seno de mi madre y tiene un fin.

Entonces no puedo darme el lujo de perder el tiempo en lo que no me garantiza llegar a la meta. O sea, yo no creo que exista la reencarnación, creo que existe la resurrección, creo que existe el cielo, que existe la vida eterna. Digo, pues yo quiero ir ahí, yo quiero estar ahí, yo quiero encontrarme con tantos que ya han partido y poder vivir lo que Dios quiso para mí desde la creación.

Entonces no te voy a decir que todos los días estoy en función de esto, a veces quiero mandar todo al carajo. Pero me alegra también cuando quiero mandar todo al carajo para que no me vaya en las nubes. Porque es una lucha constante entre Dios que te ama y el demonio que te quiere quitar lo que Jesucristo ha conquistado con su sangre.

Entonces, ¿qué te digo? Que tengo al mejor amante, al mejor esposo, que es Jesucristo. Que duerme conmigo todas las noches y que se hace uno conmigo. Y que es cierto que la vida te la da Dios.

A: Muchas gracias por toda esta información, por compartírnos, por permitirnos acceder a algo tan privado como es toda esta experiencia que no es fácil compartir. A pesar de que uno puede decir ya lo trabajé o lo estoy trabajando y me siento bien para hacerlo. Pero no es hacer una experiencia fuerte y una experiencia muy privada para la persona.

Cuéntame, ¿Elizabeth antes del diagnóstico tenía algún plan específico, alguna meta en su futuro cercano?

E: No.

A: ¿Ligia actualmente se ha propuesto una meta?

E: Sí, que pronto la cumpla, que es una tercera peregrinación a tierra santa. Y Dios mediante eso se da el 13 de noviembre.

A: Ok, perfecto. Entonces esos son sus planes ahorita, su futuro, lograr esa peregrinación.

E: Así es.

A: Perfecto. Lo va a lograr, va a llegar, va a ir. Bueno, ya para ir terminando.

Usted menciona que no, usted me cuenta, que no ha habido algún cambio por así decirlo significativo del antes y después en cuanto a su rutina. Sí. Pero mencionó algo muy interesante, el darse el espacio, darse la oportunidad de decir no.

¿Esto se puede decir que lo aprendió durante este proceso? A darse su tiempo, a escuchar mejor su cuerpo.

E: Sí, más que escuchar mejor mi cuerpo, a quitarme tanta máscara de hipocresía con la que se puede vivir. No quiero ir, pero para que no te sientas mal voy a ir.

No puedo atenderte, pero para que no pienses mal lo voy a hacer. No, ni mierda, si piensas mal, piénsalo mal. Si te sentís mal, sentís mal.

¿Qué voy a hacer? O sea, como te lo dije cuando hablamos. Yo puedo tal día y a tal hora. El sábado no puedo, mi cumpleaños es el viernes y seguramente voy a estar depilada y seguramente voy a hacer otra cosa. Lunes, martes no puedo porque me estoy preparando para tal cosa. Puedo, puede. Pero siempre estuve de San Francisco tratando de resolverle la vida mucho y no se puede vivir así. No se puede.

A: Sí, aprender a ponerse uno primero, estar bien uno para después poder ayudar a alguien más.

E: Exactamente.

A: Bueno, a ver, ¿cree que esta experiencia que usted ha vivido lo considera algo importante, relevante a su vida, a su historia de vida?

E: Claro que sí, porque una vez más soy testigo de que la vida viene de Dios y que tengo un tiempo, no sé cuánto, y tengo que apurarme a hacer lo que tengo que hacer, como ponerme a bien con el enemigo, pedir perdón a quien tiene algo contra mí, no desperdiciar ninguna oportunidad de poder hacer el bien por el otro, de padecer al otro, de poder padecer el sufrimiento del otro, de tener más tiempo para ver a mi alrededor qué es lo que está pasando, viendo menos mi ombligo. Que es contradictorio, porque, por un lado, me decías hace unos minutos, quererse más, ponerse usted primero, pero es contradictorio, te digo, porque empezás a ver más a tu alrededor, más a tu entorno. ¿A quién tenés a la para? Hay tantos alrededores que sufren, sufren como unas bestias, porque el sufrimiento, nadie les dijo que existía el sufrimiento.

También tenemos toda una corriente de paredes de sufrir, paredes de sufrir, y el sufrimiento es parte de la vida. Nacemos llorando, y empezás a sufrir desde que sos concebido en el vientre materno, y no es porque Dios sea masoquista, sino porque es parte de la vida. Poder bendecir a Dios en la alegría, en el dolor, en la tristeza, porque detrás de ese dolor que pasa, también está Él, también está Él.

Sí, siempre estar agradecido de, aunque en el momento uno puede que no lo note, que simplemente esté centrado en el sufrimiento, pero ya después tener la capacidad de ver atrás y decir, la pasé mal, pero aprendí, aprendí algo. De esta situación, yo puedo sacar algo que me puede servir para mi vida diaria. Poder ser testigo, y para mí, ir al hospital, ir a donde está la clínica oncológica del hospital, digo que para mí es una gozada.

Con cada persona que puedo conversar, siempre te encuentras personas diferentes, siempre hay alguien que comenta, y para mí es una gozada. Para mí es una gozada ir ahí, a este lugar donde el sufrimiento tiene nombre y apellido, porque a veces sufrimos y no sabemos por qué. ¿Sufrimos por qué? Porque no estamos felices con lo que tenemos.

Queremos más y tenemos más, y no somos felices. Con muchos años, mi vida estaba puesta en función de tener un título, de tener una carrera, para tener un buen trabajo, para tener una casa, para tener un carro, para, para, para, para. Y el día que te morís no te llevas nada, absolutamente nada, hasta hoy no he visto ningún funeral que lleve detrás un furgón lleno de chunches.

No te llevas nada, incluso a veces te ponen el vestido mariano, porque el vestido nuevo, no te has terminado de morir cuando es en vez, todo es hacer a la panchita, y esto la romualda, y esto no sé qué, y entonces, ¿qué es lo único que te llevas? La garantía y la certeza de que hay uno que ha dado la vida por ti, y que, si tuviera la oportunidad de volverlo a hacer, lo haría. Entonces digo, si él apostó por mí, y da la vida por mí, ¿cómo me voy a callar cuando veo tanta gente que sufre sin sentido? Y no es que no tenga sufrimiento, pero es un sufrimiento con sentido. Tiene un sentido, sé por qué y sé para qué, porque sé quién encuentro al final del camino.

Si no he tenido esta experiencia, te garantizo que ese cuarto frío del hospital, a lo mejor nunca hubiera observado el Cristo que tenía de frente. Y en ese momento fue el que estuvo ahí conmigo, hoy que celebramos la fiesta de los Ángeles Custodios, a la par tuya está tu Ángel de la Guarda, como está a la par mía mi Ángel de la Guarda, o sea, cuida de nosotros. Que si está desplumado es probable, quién sabe cuántas pericias ha tenido que hacer el pobre Ángel para salvarme, de cuántas barbaridades, de la barrabasada que pudo hacer. Pero no sé, es que no sé cómo explicar, es que es algo que sé. No hay palabras, no hay palabras, no hay palabras, sólo te puedo decir que Dios es bueno. Sí.

A: Completamente. Bueno, muchas gracias de nuevo por su tiempo. Mucho gusto.
Lo último, ya, terminamos.

E: Dale.

A: ¿Qué mensaje le gustaría dejarle a alguien que esté iniciando este proceso, este camino?

E: Fíjate que hay una frase de San Agustín que dice que cuando oscurece el hombre ve las estrellas. En el sufrimiento es donde se manifiesta plenamente el amor de Dios. Que no perdás la oportunidad de dejarte encontrar por él, porque no soy yo la que lo ha buscado a él. Ha sido él el que ha venido a mi encuentro.

La cruz, que lo dice un canto, el himno de la cruz gloriosa, la cruz, que la cruz es todo aquello que quisiera cambiar de mi vida, o todo aquello que no quisiera exista, lo que me hace sufrir, es precisamente el lecho de amor donde nos ha desposado el Señor, entonces encontrar en ese misterio el amor más grande, el amor de los amores, para poder amar al otro, o sea yo no puedo dar lo que no he recibido, yo no podría darte un testimonio de enfermedad, de peligro, si no he pasado por ahí, entonces para poder estar, para poder amar, primero hay que ser amable, y el amor incondicional es esto. No sé si lleno las expectativas de tu entrevista, no sé si te queda algún, no sé, algo pendiente, tenés mi número y al final si pones en tu monografía, esta mujer

está chalada, esta mujer le falta una tuerca, todos estamos locos, pero si te dejo claro que estoy loca, loca de amor por este hombre.

A: No, no se preocupe, porque al final, como le mencioné al principio, es documentar la experiencia, y como somos seres humanos, cada experiencia es diferente, y todos escogemos cómo vivirlo, entonces no se preocupe, que esto es muy personal, y nosotros solamente queremos conocer estas diferentes experiencias, que al final son cosas que al menos que uno esté en ese ambiente, o que tenga alguien muy cercano, no se conocen, entonces ese es nuestro, más que todo, ese es nuestro objetivo final, por así decirlo, más que por así decirlo, completar o lograr los objetivos que nosotros tenemos en nuestra investigación, es que exista una evidencia de que esto es lo que se vive realmente, y es viene de la voz de los pacientes, no es que nosotros lo inventamos, o que alguien nos contó, o alguien, un tercero nos contó, no, viene de la boca de la persona que lo vivió, que lo está viviendo, y eso es lo que al final queremos, que exista una evidencia, que todos estos testimonios de los diferentes pacientes, de los diferentes, de las diferentes personas que hemos estado entrevistando, exista una evidencia, que su voz llegue a alguien más, entonces no se preocupe, que como le dije, esto es algo muy personal, y cada experiencia es muy diferente.

E: Sabes que te iba a mencionar, en algún momento yo impartí clases en maestría, y parte de lo que en algún momento dices fue revisar trabajos finales de graduación para optar al título de máster, entonces si necesitas un lector de tu trabajo final, yo tan contenta, si me pasan el documento, de leerlo, si te puedo ayudar por ahí, y si te queda algún interrogante, alguna duda, porque una cosa es cuando estás haciendo tu trabajo, las entrevistas, y otra es cuando ya empiezas a redactar, con mucho gusto tenés mi contacto, y lo que yo les pueda responder, con mucho, con el mayor de los gustos, y lo otro, y lo menos importante, que una vez que ya pasen su trabajo final, que les digan, si son licenciados en psicología, me encantaría conocerlos.

A: Sí, no, de hecho, si usted quiere, el día de la defensa de la tesis, usted puede llegar, está invitada, excelente, yo le aviso, ya cuando nosotros tengamos fecha, y hora, y todo, yo le aviso, y usted llega.

E: Me encantaría, me encantaría, lo hacen en la UNICA, ¿no?

A: Sí,

E: Excelente, perfecto,

A: Entonces nosotros la vamos a estar esperando por allá, para conocernos ya en persona, y pues muchas gracias por la oferta de leer, y darle una ojeadita al documento, y a cuando lo tengamos.

E: Con mucho gusto, es el primer trabajo de tu vida, es un orgullo después verlo en la biblioteca, donde están los trabajos, y que otros estudiantes van a esa fuente para revisarlo. Muchísimas gracias, con mucho gusto, te agradezco.

A: Buenas noches, que la pase bien, nos vemos. Muchas gracias, hasta luego.

E: Hasta luego.

Apéndice J. Codificación de Relatos

Tabla 1J.

Codificación Relatos de Vida

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
Antes del diagnóstico	Identidad narrativa y roles sociales	“Cuando me hice hermana quería ayudar a los jóvenes a salir adelante, no con dinero, sino promoviendo la educación.” “Si yo he dado toda mi vida ayudando a los jóvenes en otros países, ¿por qué no hacerlo en mi propio país? Y eso me movió a mí a darle con ganas.” (S.B., 2025)	“Yo soy estilista, trabajo desde que tengo 14 años”. “Yo limpiaba cuatro cuartos. Yo lavaba los dos baños, yo lavaba el porche, yo lampaceaba la sala. Yo me iba al jardín. Yo hablaba con mis loras. Y mis loras no paraban de hablar. Hablaba con mis perritos, mis perritos que andaban detrás de mí. Tengo un gato que se hizo perro. Donde yo ando el gato ahí anda. Entonces	“Empiezo presentándome, mi nombre es Ligia Marina Lucía Teresa, tengo cuatro nombres, Corrales Martínez. Soy la tercera de cuatro hermanos, la única mujer, soltera, cumplo mañana 52 años, católica.” “Mis ojos son aparentemente tristes, pero son solo los ojos los que parecen tristes, porque detrás de mí hay una alegría que me supera aún en los momentos difíciles que eso

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
			eso a mí me daba vida. Hablar con mis animales, buscar qué hacer”. (J.P., 2025)	viene de Dios.” “No es una alegría porque yo he decidido ser alegre, sino porque Dios me da esa alegría cada mañana al despertar, cada mediodía, al momento que hago el corte para el almuerzo y cada noche antes de acostarme.” “Estoy consciente y sobre todo me apuesto de cara a que mi vida, mi paso en esta tierra tiene un tiempo.” “Cumplir los 50 años es decir quién me va a dar trabajo, es complicado, y sin embargo surge este trabajo y estoy segura de

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
				que no surgió de la nada.” (E.C., 2025)
Rutina autocuidado percepción del cuerpo	cotidiana, y del	“Nunca he sido de cuidarme mucho, siempre andaba de gente con arriba para cáncer”. “Yo era abajo, ocupada, de las personas sin pensar en que, si usted no mí.” “Ciertamente, creo que de tanto estrés me pude haber enfermado. Yo digo que parte de esta enfermedad fue el estrés que yo viví.” (S.B., 2025)	‘Yo siempre he buscado al Señor y he apoyado a la gente con cáncer’. “Yo era de las personas que, si usted no tenía quien la cuidara, yo me metía al hospital y salía con usted hasta que lo operaran”. (J.P., 2025)	“Usualmente me levanto a las cinco y media de la mañana, o me baño, o inicio rezando la liturgia de las horas, rezando el aude.” “Luego me baño, me tomo mi tiempo para arreglarme, para mimarme, para cuidarme.” “Llego al trabajo, y pues lo que me encanta, desde que voy entrando, saludo al jardinero, al vigilante, al camillero, al que recolecta la basura.” “Si hay buen clima y tengo energía, pues salgo

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
				a caminar un rato por el parque, camino entre tres y cinco kilómetros, y me baño y ya me he puesto riquísimo.” “Mi nariz me encanta porque digo, no hay otra como la mía.” “Mira, mi pelo es blanco, ese es mi color natural y digo, ¿por qué me lo voy a pintar? A mí me gusta, me encanta.” (E.C., 2025)
	Vínculos afectivos y metas personales	“Yo quería seguir enseñando, formar valores, que los jóvenes fueran mejores personas.” (S.B., 2025)	“Yo era de las personas que, si usted no tenía quien la cuidara, yo me metía al hospital y salía con usted hasta que lo operaran.	“Mi mamá falleció hace tres años, siempre vivimos juntas fuera de serie. La madre que me tocó fue la mejor que Dios pudo encontrar para mí”. “Había

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
			Siempre me ha gustado ayudar a las personas con cáncer" (J.P., 2025)	una relación, por supuesto, de madre e hija, pero compartimos en la comunidad, estuvimos juntas durante 37 años." (E.C., 2025)
	Duelo por la pérdida del proyecto de vida previo	"Creo que Dios me fue preparando desde antes, sin que yo lo notara. Todo lo que aprendí en esos años me sirvió para enfrentar lo que vino después." (S.B., 2025)	"Yo siempre me cuidé, siempre me chequeaba". "Lo único que nunca bajé de peso, siempre gordita, fue lo único yo tenía miedo de llegar a ponerme tan delgadita, pero gracias a Dios a mi lo que me dio fue comer y comer y comer y comer yo no vomité ni me dio diarrea" (J.P., 2025)	"Posterior a eso, al año... es que sale mi diagnóstico del cáncer de tiroides. Ah, bueno, es que salgo de un trabajo en el que había estado durante 12 años entonces eso fue otro duelo." "Otro duelo y por supuesto mi estrés postraumático por la forma como se vieron las cosas." "Había nostalgia, había duelo, había miedo en algún momento de qué

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
				vas a hacer, cómo va el futuro, hacia dónde vas.” “Porque justo en ese momento de la salida del otro trabajo y la transición de buscar trabajo... había tenido un accidente... y se pegaron muchísimas cosas.” (E.C., 2025)
Durante el diagnóstico	Reacciones cognitivas, emocionales y conductuales	“Ella me dijo, hermana, usted tiene cáncer. Yo sentí en ese momento morirme. Dios mío, cuando a uno le dicen un diagnóstico de cáncer, es como que te vas a morir.” “Me compré una	“Cuando yo escuchaba palabras de cáncer, yo lloraba, porque decía me voy a morir”. “Yo me ponía peluca y yo me arreglaba y me ponía bonita, pero cuando llegaba la noche volví a	“No te puedo decir tristeza... para mí la tristeza es cuando no tengo esperanza sobre algo, pero tenía la certeza de que Dios iba a hacer algo.” “Cuando veo positivo para cáncer... lo que salió de mí es: bendito sea Dios,

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
		lana, me puse a tejer, hice un tapete, cuidé las plantas, decoré la casa. Eso me ha servido como terapia.” (S.B., 2025)	la realidad quitarme todo lo que me ponía y yo lloraba yo lloraba, lloraba, como una niña y yo me asustaba al verme sin cabello, cuando se me cayeron las pestañas fue más duro porque disimulaba con la pero las pestañas, se me cayeron las uñas de las manos que doloroso, la de los pies”. (J.P., 2025)	gracias por este cáncer y por este diagnóstico.” “Estoy tan contenta. Porque cuando más se sufre y entre más cerca estás de la muerte, más cerca está Dios.” (E.C., 2025)
	Evaluación primaria/secundaria (Lazarus y Folkman)	“Entendí que las enfermedades no solo vienen para destruirte, sino para un cambio en la	“Es algo difícil, difícil de aceptarlo, hay depresión”. “Te pueden dar todo, pero no,	“Cuando veo el resultado del estudio que dice TIRAT4, es un 85% sospechoso de malignidad. Dije,

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
	vida personal, emocional, física.” (S.B., 2025)	no te llena, porque te sentís vacía, te sentís sola, te sentís triste, sentís que ya no valés, ya no producís, entonces es una depresión tan dura que hay que llorar”. “Yo lloraba y mi bendito sea Dios, marido me abrazaba y me decía aquí estoy no llores”. (J.P., 2025)	estoy pegada.” “Hice mi cita, no le avisé nada a nadie porque dije, tengo que esperar, no tengo nada todavía.” “Y entonces es una cuando veo depresión tan positivo para dura que hay cáncer. Lo que que llorar”. “Yo salió de mí es, lloraba y mi bendito sea Dios, marido me gracias por este abrazaba y me cáncer y por este decía aquí estoy diagnóstico.” “Y no llores”. (J.P., 2025)	estoy pegada.” “Hice mi cita, no le avisé nada a nadie porque dije, tengo que esperar, no tengo nada todavía.” “Y entonces es una cuando veo depresión tan positivo para dura que hay cáncer. Lo que que llorar”. “Yo salió de mí es, lloraba y mi bendito sea Dios, marido me gracias por este abrazaba y me cáncer y por este decía aquí estoy diagnóstico.” “Y no llores”. (J.P., 2025) entregaron mi biopsia, era un cáncer papilar, y por los resultados, pues, había que darme medicina nuclear.” (E.C., 2025)
Afrontamiento centrado en problema/emoción	“De venir de una vida muy ágil, acelerada,	“Yo me siento, chiquita, como una hormiguita,	“Recibí la unción de los enfermos en compañía de la	

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
		...siempre busco qué hacer, aunque esté en la casa.” “Comprarme una lana que voy a tejer... eso me ha servido como terapia.” (S.B., 2025)	y eso es lo que nadie sabe, pero uno como mujer se siente mal, yo me siento como que ya no soy una persona normal, cuando me miro en el espejo, a veces me miro como un monstruo, esa gran cirugía, quité el espejo de mi cuarto”. “Cuando te dicen que tienes cáncer, solo pensás en la muerte” (J.P., 2025)	comunidad. Eso me confortó muchísimo.” “Salí hablando del quirófano, salí muerta de hambre pidiendo comida.” “Aprender a ponerse uno primero, estar bien uno para después poder ayudar a alguien más.” (E.C., 2025)
Aislamiento o búsqueda de apoyo	o	“Porque aquí, la psicóloga, la nutricionista, el doctor, el oncólogo, el internista...”	“Cuando se vino la enfermedad yo quería que siempre miraran a la Jasmina elegante no a la	“Con el tema de la medicina nuclear, tres días encerrada ahí en un cuarto donde estás completamente

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
		venir aquí es como reencontrarme con una familia.” “En la soledad también uno se va cuidando mejor; uno piensa que los otros lo van a cuidar, mentira: es uno quien se cuida.” (S.B., 2025)	Jasmina que estaba llorando, a la Jasmina que estaba atribulada, a la Jasmina que no se aceptaba a verse sin cabello”. (J.P., 2025)	aislada.” “Porque lo primero que pedí es que me dejaran sola.” “En una intimidad que tenés dos opciones: o pegar cuatro gritos porque te estás volviendo loca, o clamar a Dios y bendecirlo por todo el bien que has hecho.” “Sí, cien por ciento. O sea, mi comunidad, amigos, vecinos, las compañeras de colegio, compañeros de la universidad, los compañeros de trabajo por detalle.” (E.C., 2025)

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
Después del diagnóstico	Alteración de la autonomía y funcionalidad	“A veces el cuerpo no da, se cansa rápido. Pero uno tiene que aceptar sus límites y no renegar. El cuerpo se debilita, pero el espíritu puede seguir fuerte.” (S.B., 2025)	“Siempre quería que se hicieran la idea de la mujer elegante de la mujer popular de la mujer cariñosa de la mujer fuerte no quería que me miraran como al águila porque todo lo botaba y ni vos te reconoce cuando está en ese pelo sin pestañas, sin ceja amarilla, ya no sos la persona anterior que ni uno se reconoce”. (J.P., 2025)	“Sentía como que no era yo, como que era otro yo, muy distraída, dispersa, con dificultades de atención, con dificultades de memoria.” “Quedan secuelas. Siento que va pasando el tiempo y estoy muchísimo mejor, pero quedan secuelas.” “Decía el médico internista del hospital que es como quitarle el cerebro a un carro electrónico, tenés que crear después nuevas conexiones para que la cosa vaya fluyendo.” (E.C., 2025)”

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
Reconfiguración de metas personales	“Yo era de las que pensaban que podía cambiar a los demás. Hoy entendí que nadie cambia a nadie, ni el mismo Dios, si uno no quiere.” “Mi meta ahora es conocerme a mí y ayudarme. Sobre todo, en este tema de las emociones.” (S.B., 2025)”	“Yo era de las que pensaban que podía cambiar a los demás. Hoy entendí que nadie cambia a nadie, ni el mismo Dios, si uno no quiere.” “Mi meta ahora es conocerme a mí y ayudarme. Sobre todo, en este tema de las emociones.” (S.B., 2025)”	“Fernanda me ha apoyado bastante, mi hermana me ha apoyado, pero ella es la que se mueve, gracias al Señor, cuando nos pasa algo, porque ella tiene sus conexiones. Sí, claro”. (J.P., 2025)	“¿Elizabeth, antes del diagnóstico tenía algún plan específico, alguna meta en su futuro cercano? No.” “¿Elizabeth, actualmente se ha propuesto una meta? Sí, que pronto la cumpla, que es una tercera peregrinación a Tierra Santa.” “Ahora estoy más libre... la vida es una y no la puedo vivir de cualquier manera.” “Estoy consciente... mi paso en esta tierra tiene un tiempo... no puedo darme el lujo de perder el tiempo en lo que no me garantiza llegar a la meta.” (E.C., 2025)”

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
Apoyo emocional y espiritual	social, y como factores protectores	""Yo me sentaba frente al Santísimo y le decía al Señor: yo me siento triste, pero tú también te pusiste triste cuando ibas a morir. Ese diálogo le cambia la vida a uno." "Porque, aunque esté rodeada de personas, quien está viviendo el dolor es uno, y el único que lo acompaña es Dios." (S.B., 2025)"	"Los procesos fueron duros, porque pasar por quimioterapia es bien doloroso, todo lo que pasas cuando te descubren un cáncer, es doloroso" (J.P., 2025)	"Recibí la unción de los enfermos en compañía de la comunidad. Eso me confortó muchísimo." "Mi comunidad, amigos, vecinos, las compañeras de colegio, compañeros de la universidad, los compañeros de trabajo por detalle." "Un mensaje, una visita chiquitita, que te traía... pequeños, pequeños, grandes detalles, que cómo te cambian la vida." "Incluso hoy que me ven y que me dicen, Ligia, pero es que te ves muy bien. Es que yo estoy bien." Y digo, pues yo

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
				quiero ir ahí, yo quiero estar ahí, yo quiero encontrarme con tantos que ya han partido” (E.C., 2025)
	Logoterapia y la búsqueda del sentido en el cáncer	““Yo siento que el cáncer no me vino a destruir, sino que me vino a engrandecer mi ser de persona.” “En la soledad es donde uno se da cuenta qué es lo que uno es realmente. Qué es lo que te falta, qué es lo que tenés, qué es lo que debes de mejorar.” (S.B., 2025)”	“Volví a poner el espejo, y ahora ya me miro mi cirugía y ya no lloro, y yo digo: Gracias señor, porque me han dado la oportunidad de sobrevivir, no todas las personas han sobrevivido de estas enfermedades que se han visto aquí”. “Muchas mujeres han muerto de esta enfermedad,	“Porque cuando más se sufre y entre más cerca estás de la muerte, más cerca está Dios.” “La vida la da Dios y la vida la quita Dios.” “El sufrimiento es parte de la vida, poder bendecir a Dios en la alegría, en el dolor, en la tristeza, porque detrás de ese dolor que pasa, también está Él.” “Si no he tenido esta experiencia, te garantizo que ese

Etapa	Campos de Análisis	S.B.2025	J.P.2025	E.C.2025
			verdad, que ya se lo localizan tarde, pues nunca hubiera gracias a Dios, a mí, los dos que tenía de cánceres me los frente.” “En el han sufrimiento es encontrado”. donde se "Ahora voy a ver una niña de 17 años en el reparto, que tiene cáncer, está en una silla de ruedas, voy a ir a apoyar a esa niña en esta semana". (J.P., 2025)	cuarto frío del hospital, a lo mejor observado el Cristo que tenía de frente.” “En el sufrimiento es donde se manifiesta plenamente el amor de Dios.” (E.C., 2025)

Nota. Codificación de la información recopilada mediante los relatos de vida, en relación con criterios de análisis. *Fuente.* Elaboración propia (2025).

Apéndice K. Triangulación de los resultados.

Tabla 2.

Triangulación de Resultados

Campos de Análisis	Convergencias	Divergencias	Interpretación Teórica
Identidad narrativa y roles sociales	Las tres participantes se definían desde el servicio y la responsabilidad hacia otros. S.B. desde la vocación religiosa y educativa; J.P. desde su entrega al cuidado y la solidaridad; E.C. desde su compromiso espiritual y profesional.	Se observan diferencias en el contexto socioeconómico y formación. S.B. estructura su identidad desde la fe; E.C. desde la autotranscendencia y J.P. desde el rol doméstico.	La identidad narrativa funciona como anclaje simbólico y recurso de estabilidad frente a la adversidad (Bruner, 1991).
Rutina, autocuidado y percepción del cuerpo	Coinciden en priorizar el trabajo y el deber sobre el autocuidado. La salud era concebida como algo natural y dada por hecho	E.C. muestra mayor conciencia corporal, mientras que S.B. y J.P. asocian el descuido físico al estrés acumulado.	La autopercepción del cuerpo incide en la aceptación y calidad de vida (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012).
Vínculos afectivos y metas personales	La familia, comunidad y la fe emergen como ejes de sostén emocional.	S.B. y E.C. destacan la espiritualidad compartida; J.P.	Los vínculos afectivos son factores protectores que promueven resiliencia

Campos de Análisis	Convergencias	Divergencias	Interpretación Teórica
		enfatisa el apoyo familiar directo.	y adaptación (Rodríguez, 2013)
Duelo por la pérdida del proyecto de vida previo	Las tres relatan una sensación de ruptura vital con el inicio de la enfermedad.	E.C. vive el duelo desde la pérdida laboral; J.P. desde la alteración de su rutina; S.B. desde la limitación física.	Este duelo anticipado se vincula con el proceso de aceptación de la finitud descrito por Kübler-Ross (2009).
Reacciones cognitivas, emocionales y conductuales	Todas las participantes manifestaron miedo, ansiedad e incertidumbre al recibir el diagnóstico. Posteriormente emergieron la fe y la esperanza como ejes de contención.	S.B. recurre a la oración y reflexión; J.P. expresa ansiedad severa; E.C. responde con gratitud y aceptación.	Se evidencia la transición de la negación al afrontamiento activo, coherente con el modelo de ajuste emocional ante el cáncer (Herman, 1992).
Evaluación primaria/secundaria (Lazarus y Folkman)	Inicialmente perciben el cáncer como amenaza; luego, como reto o llamado a transformación.	E.C. realiza una reevaluación cognitiva más temprana que las demás	Confirma el modelo transaccional del estrés, donde la reinterpretación cognitiva posibilita el afrontamiento adaptativo (Lazarus & Folkman, 1984).

Campos de Análisis	Convergencias	Divergencias	Interpretación Teórica
Afrontamiento centrado en problema/emoción	Mantienen rutinas, realizan actividades manuales, buscan apoyo o espiritualidad.	S.B. y J.P. orientan su afrontamiento hacia la fe; E.C. hacia la expresión emocional y el acompañamiento.	Coincide con los planteamientos de Lazarus & Folkman (1984) sobre estrategias de afrontamiento
Aislamiento o búsqueda de apoyo	Las tres alternan momentos de soledad y acompañamiento, valorando la introspección.	J.P. asocia la soledad con dolor; E.C. la resignifica como encuentro interior.	El aislamiento se presenta como recurso de autorregulación emocional y resignificación del sentido (Frankl, 1984).
Alteración de la autonomía y funcionalidad	Todas experimentan limitaciones físicas, pero conservan independencia emocional y espiritual.	J.P. lamenta la pérdida estética; S.B. acepta sus límites; E.C. enfatiza su recuperación gradual.	La adaptación funcional refleja la búsqueda de equilibrio entre cuerpo y espíritu (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012).
Reconstrucción de sentido y espiritualidad	Reorientan sus metas hacia el bienestar emocional y espiritual.	S.B. busca autoconocimiento; E.C. fija metas de fe; J.P. prioriza estabilidad familiar.	Coincide con la logoterapia de Frankl (1984), que plantea el sentido como base del crecimiento postraumático.

Campos de Análisis		Convergencias	Divergencias	Interpretación Teórica
Apoyo emocional y espiritual	social,	La fe, la comunidad y la familia se consolidan como pilares de sostén psicológico.	E.C. resalta su entorno laboral; J.P. su familia; S.B. su comunidad religiosa y hospitalaria.	El apoyo social actúa como mediador del afrontamiento y de la resiliencia emocional (Taylor & Brown, 1988).
Logoterapia y búsqueda del sentido	y	Todas resignifican el cáncer como oportunidad de transformación personal.	S.B. lo vive como misión; J.P. como gratitud; E.C. como despertar espiritual.	Refleja la capacidad humana de encontrar sentido en el sufrimiento (Frankl, 1984).

Nota. Triangulación de la información obtenida de los relatos de vida, en relación con los campos de análisis y teorías que sustentan la investigación. *Fuente.* Elaboración propia (2025).

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Nosotros, Aura María González Arteaga con cédula de identidad 124-251003-1000W, Aura Isabel Villavicencio Leiva con cédula de identidad 001-130703-1005S y Helmuth Arcia Morales con cédula de identidad 001-260902-1026M, egresados del programa académico de Grado, Licenciatura en Psicología declaramos que:

El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título Relatos de vida sobre el impacto psicológico en pacientes con cáncer durante el proceso diagnóstico en la Clínica Oncológica Hospital Salud Integral, Managua, en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 20 días del mes noviembre de 2025.

Atentamente,

Aura María González Arteaga

agonzalez26@unica.edu.ni

Firma: _____

Aura Isabel Villavicencio Leiva

avillavicencio3@unica.edu.ni

Firma: _____

Helmuth Arcia Morales

harcia@unica.edu.ni

Firma: _____